



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



**“RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
EN ADULTOS CON DIABETES TIPO II”**

**TESIS**

**QUE PARA OPTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**

**ZULEIMA TORRES DE LA CRUZ**

**No. CUENTA 0925890**

**ASESORA:**

**DRA. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES**

**Toluca, Estado de México, Septiembre 2015.**

## INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>PRESENTACION</b> .....	8
<b>INTRODUCCION</b> .....	10
<b>CAPITULO I. RESILIENCIA</b> .....	16
1.1. Concepto.....	16
1.2. Características de una persona resiliente.....	19
1.3. Factores de riesgo.....	26
1.4. Factores protectores.....	27
1.5. Resiliencia en adultos.....	29
1.6. Resiliencia y salud.....	31
<b>CAPITULO II. AFRONTAMIENTO</b> .....	35
2.1 Concepto.....	36
2.2 Etapas.....	37
2.3 Funciones.....	39
2.4 Estilos.....	42
2.5 Recursos.....	44
2.6 Limitaciones.....	47
<b>CAPITULO III. DIABETES</b> .....	49
3.1 Concepto.....	49
3.2 Tipos.....	50
3.3 Síntomas físicos.....	53
3.3.1 Complicaciones de la diabetes.....	54
3.4 Efectos emocionales.....	58
<b>CAPITULO IV. EDAD ADULTA</b> .....	63
4.1 Edad media un constructo social.....	63
4.1.2 Desarrollo físico.....	64
4.2 Salud física y mental.....	65
4.2.1 Tendencias de la salud a la mitad de la vida.....	65
4.2.2 Influencias de la conducta en la salud.....	67

4.2.3 Emociones y salud.....	69
4.2.4 Bienestar psicológico y salud mental positiva.....	70
4.3 Relaciones en la mitad de la vida.....	71
<b>MÉTODO.....</b>	<b>74</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>99</b>

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los factores de resiliencia y el uso de estilos de afrontamiento presentes en adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta externa en el issemym, para lo cual se aplicó el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) desarrollado por González-Arratia y Valdez Medina (2005), y el cuestionario de estilos de afrontamiento (Coping); adaptado de Billings A.G y Moos R.H (1981). Modificado y adaptado por Valderrama y Domínguez, (1992). A 60 adultos de ambos sexos, entre 45 y 71 años, viudos, casados y divorciados. Los resultados mostraron que existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de afrontamiento basado en el aprendizaje con los factores de afiliación y altruismo. Así como entre el factor baja autoestima, con el estilo de afrontamiento basado en conductas adictivas.

En seguridad personal, afiliación, altruismo y familia se encontraron diferencias significativas a favor de las mujeres. Los análisis por edad mostraron que los individuos entre 64 y 71 años, poseen mayor nivel de resiliencia destacando en los factores; afiliación, altruismo y familia. En seguridad personal, autoestima y altruismo, se encontraron diferencias significativas a favor de los viudos. Referente a estilos de afrontamiento se encontraron diferencias significativas a favor de las mujeres, viudos y en edades de 64 y 71 años en el uso de afrontamientos más positivos basados en el aprendizaje y apoyo social.

## **PRESENTACION**

En los últimos años en México ha aumentado la prevalencia de enfermedades como la diabetes misma que conlleva muchos cambios en el estilo de vida de las personas, y la manera en que cada individuo la afronta tiene que ver con la combinación o interacción entre atributos internos y externos que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Una variable que propicia superar de forma constructiva un fenómeno estresante es la resiliencia, que es esa capacidad de ajuste para hacer frente a las adversidades y salir transformados de manera positiva o constructiva por dicha situación.

Un elemento relacionado con la capacidad de resiliencia es el afrontamiento que se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud.

Por tal motivo, el presente trabajo se realizó con la finalidad de describir el nivel de resiliencia de adultos con diabetes que asisten a consulta externa y el tipo de estilo de afrontamiento que utilizan, así como relacionar ambas variables, a través de el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) desarrollado por González-Arratia y Valdez Medina (2005), y el cuestionario de estilos de afrontamiento (Coping); adaptado de Billings A.G y Moos R.H (1981). Modificado y adaptado por Valderrama y Domínguez, (1992).

Se trabajó con 60 personas, de las cuales fueron 36 mujeres y 24 hombres que padecen diabetes y asisten a consulta médica con edades entre 45 a 71 años, y estado civil casados, viudos y divorciados.

A manera general se contemplaron 4 capítulos para este trabajo. El capítulo 1 comprende la resiliencia, su concepto, características de una persona resiliente, factores de riesgo y factores protectores, así como su intervención en la salud de los adultos.

En el capítulo 2 se habla de manera general del afrontamiento, su definición, las etapas del mismo, los tipos de afrontamiento, sus funciones; así como sus recursos y limitaciones.

El capítulo 4 comprende la diabetes, su concepto, los tipos, síntomas, complicaciones así como los efectos emocionales.

Y por último, en el capítulo 4 se menciona de manera general las características de la edad adulta.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el término resiliencia ha tenido un gran auge en las ciencias de la investigación, de manera general se ha buscado a lo largo de las investigaciones que se han realizado y las que posiblemente se harán en un futuro evidenciar la capacidad del ser humano para resistir y superar las adversidades para desarrollarse con integridad, a pesar de haber sufrido experiencias no placenteras (Bonnano, 2004; citado en González y Valdez, 2011).

El termino resiliencia surge para dar una explicación de casos en donde se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social.

Así, la resiliencia, en las Ciencias Sociales, apuntó a designar una capacidad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino transformados por la experiencia. Pensando en términos dinámicos, puede decirse que resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).

Por otro lado Vanistendael, (1995) distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.

Aunado a esto Galende (2004): concibe a la capacidad resiliente como un fenómeno subjetivo no consiente en un sujeto que posee previamente esa capacidad para atravesar las adversidades de la vida, son estas mismas circunstancias adversas las que producen en él condiciones subjetivas creadoras, que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive, y transformarla o transformarse.

Coincidiendo con Galende, Cyrulnik (2004) agrega que la resiliencia es algo adquirido, que varía conforme va desarrollándose la existencia del individuo e implica un proyecto de vida que se precisa individualmente para seguir adelante.

Ante la diversidad de definiciones, resulta difícil pensar en una sola concepción de resiliencia, por lo que, partiendo de la consideración de que esta se sustenta en la interacción entre el individuo y el entorno, en esta investigación se retoma la definición de González-Arratia, (2007) quien la define como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y los propios de su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Un elemento relacionado con la capacidad de resiliencia es el afrontamiento que se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández y Díaz, 2001; Pearlin y Schooler, 1978). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, conciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycok, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 1986). En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (Caballo, 1998).

En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).



El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001).

Por lo que con las definiciones anteriores se entiende a la resiliencia y el estilo de afrontamiento como elementos que implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. Al respecto se puede considerar que una enfermedad puede constituir un evento estresante, tal es el caso de la diabetes que de acuerdo a Gallar (2006) es una enfermedad que se produce como consecuencia de un mal funcionamiento del metabolismo o de los hidratos de carbono, básicamente debido a una insuficiente producción de insulina o a una resistencia a la acción de la insulina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010), indica que la diabetes es una enfermedad crónico degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él.

Si bien la diabetes es considerada como un padecimiento de índole biológico no se debe olvidar como afirma Ribes, (1984), el individuo a través de su comportamiento es el actor o protagonista de la misma, no sólo porque es quien la sufre o vive, sino porque es quien puede controlarla a través de su conducta

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008). En México la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo II, representó 371.55 personas por cada cien mil; la cual está asociada a los malos hábitos alimenticios, sedentarismo y sobrepeso. De cada 100 personas que padece diabetes mellitus en 2008, 47 son atendidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social y 36 por la Secretaría de Salud.

A nivel nacional, la tasa de mortalidad observada en 2008 es de 70.9 por cada cien mil habitantes. Casi 7 de cada 10 personas que padecen diabetes muere antes de cumplir la edad promedio de la población mexicana.

En 2008, la principal complicación relacionada con la defunción de los pacientes diabéticos, es la renal (43.2 por ciento).

Actualmente en nuestro país se ha difundido entre la población recomendaciones para disminuir el riesgo de padecer diabetes. De acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 es una enfermedad de muy alta prevalencia en México y un reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, entre la población mayor de 20 años la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización.

De igual modo como resultado de padecer diabetes, existen un sin número de complicaciones que van afectando la calidad de la vida de la persona, éstas van desde pérdida de funciones orgánicas hasta de extremidades; la principal complicación que se relaciona con la defunción del paciente en 2008, son las renales (43.2%), seguida de las complicaciones múltiples (7.3%), la cetoacidosis (4%) y el coma (2.3 por ciento).

Por ello el ser diagnosticado con diabetes conlleva una serie de cambios en el estilo de vida del paciente y de la misma familia por esto es considerada una situación adversa puesto que los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida, experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad así como cambios psicosociales, efectos sobre el autoconcepto y confianza en sí mismo (Lubkin, 1998).

Por lo que la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente, influyendo es este caso la manera en que el paciente percibe la situación, y de esta manera el cómo afronta dicha situación ante el padecimiento de una manera positiva o negativa para continuar y seguir su tratamiento médico para atenuar o minimizar los padecimientos tanto físicos como psicológicos que conlleva una enfermedad crónica como lo es la Diabetes.

Así, ante la pregunta de que si la resiliencia tiene que ver con la salud, la respuesta es sí, dado que, la resiliencia cobra una concepción distinta en el proceso de salud enfermedad con una óptica más optimista. Ya que sobreponerse a la crisis implica mirar la adversidad como retos más que como pérdidas y en algunas experiencias de investigación con individuos que padecen de una enfermedad crónica específicamente pacientes asmáticos, se observan que logran salir adelante a pesar de tener un estilo de vida diferente cuando cuentan con apoyo externo especialmente la familia y que es importante el desarrollo de la resiliencia en estos pacientes para continuar con una vida significativa que les proporcione bienestar, para poder llevar a cabo una calidad de vida y no sólo las oportunidades a través del tratamiento exclusivamente médico (González Arratia y Valdez, 2007).

Mientras que la medicina tradicional se concentra en los factores de riesgo, existen actualmente conceptos que apuntan directamente a la resiliencia en el sistema de atención a la salud (Grotberg, 2006). Estos focalizan principalmente en las interacciones interpersonales y en el cumplimiento de las recomendaciones y tratamientos. En lugar de hacer hincapié en las enfermedades y en ver a la persona como crónicamente enferma, es más útil reformular la percepción y ver a la persona en su totalidad, quien a su vez padece una enfermedad crónica.

Por tanto, la exploración de las fortalezas de las personas, tanto aquellas que surgen de las necesidades especiales de cuidados a la salud, como las que se desarrollan debido al estrés, producto de dichas necesidades especiales, parece arrojar resultados más positivos en la salud y en el estilo de vida.

Como lo reportado por White (2002), en donde los pacientes que se centran en atributos positivos, incluso en enfermedades crónicas llevan vidas más productivas.

También se ha observado que la salud facilita el enfrentamiento a una situación adversa, puesto que es más fácil enfrentar una situación cuando uno está bien que cuando se encuentra mal, sin embargo, se ha visto que personas enfermas y debilitadas generalmente pueden hacer algo para enfrentar una situación cuando lo que está en juego es suficientemente importante para ellas (Bulman y Wortman 1977; Dimsdale, 1974 en Lazarus y Folkman, 1986).

De tal forma, como una evidencia en investigación se ha encontrado que los estilos de afrontamiento a los problemas de salud cuando es de tipo directo, permite a los niños evaluados mostrar comportamiento resiliente (González Arratia y Valdez, 2007). A esto, las aportaciones de Kobasa, Maddi y Kahn (1993), consideran el enfrentamiento como una variable mediadora con la salud, en la conformación de la personalidad resistente, y explican que las personas que se caracterizaban por ser resistentes, tenían una menor predisposición a desarrollar enfermedades bajo circunstancias de estrés. En este mismo sentido la investigación clásica de Lipowski (1970, en Lazarus y Folkman, 1986), explica que las estrategias de enfrentamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto.

Por ello se hizo relevante conocer más acerca de esta relación entre resiliencia y el empleo de estilos de afrontamiento y su impacto en la salud del adulto con diabetes. De tal forma que la presente investigación estuvo encaminada hacia la identificación de la relación entre resiliencia y estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II.

# 1 RESILIENCIA

## 1.1 CONCEPTO

La resiliencia aparece actualmente como una palabra común en la vida cotidiana, sin embargo no existe un consenso sobre su definición ya que son muchos los autores, incluso las marcas comerciales, que incorporan el concepto en sus trabajos. Fraser, Richman y Galinsky (1999), desde la disciplina de Trabajo Social, han sugerido que la resiliencia implica (1) sobreponerse a las dificultades y tener éxito a pesar de estar expuestos a situaciones de alto riesgo; (2) mantener la competencia bajo presión, esto quiere decir saber adaptarse con éxito al alto riesgo y (3) recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos de la vida. En una visión similar Masten (1994) había sostenido que la resiliencia se refiere a (1) personas de grupos de alto riesgo que han obtenido mejores resultados de los esperados; (2) buena adaptación a pesar de experiencias (comunes) estresantes (cuando los estresores son extremos la resiliencia se refiere a patrones de recuperación) y (3) recuperarse de un trauma.

A pesar de las diferencias en terminología, la resiliencia tiene que entenderse como un proceso. En este sentido Masten y Coatsworth (1998) entienden la resiliencia como constructo dinámico que incluye una amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas en el contexto de amenazas significativas para el desarrollo. La resiliencia, aunque requiere una respuesta individual, no es una característica individual ya que está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante.

Algunos autores conceptualizan la resiliencia en función o en comparación con los procesos y situaciones de riesgo psicosocial, proponiendo que las conductas resilientes son los resultados positivos frente a dichos riesgos que implican competencias individuales, familiares e interpersonales.

Para Rutter (1985, 1999) la resiliencia se comprende como la variación individual en la manera en la que las personas responden a los riesgos a lo largo del tiempo. Por otro lado Kirby y Fraser (1997) relacionan riesgo y resiliencia formando un continuo, en el que cada dimensión representa el lado opuesto de la otra.

Otros autores (Dyer y McGuinness, 1996) entienden la resiliencia como un concepto global, multifacético, asociado con numerosas características individuales y multisistémicas. En esta línea Grotberg (1995) entiende la resiliencia como una capacidad universal que permite a las personas, familias, grupos o comunidades prevenir, minimizar o sobreponerse a los efectos dañinos de la adversidad, o a anticipar adversidades inevitables. Para este autor las conductas resilientes pueden responder a la adversidad por una parte manteniendo la calma y el desarrollo normal a pesar de la adversidad y por otra promoviendo el crecimiento personal más allá del nivel presente de funcionamiento (Grotberg, 1995: 2).

El término resiliencia proviene del latín *resilio* que significa volver atrás, volverse de un salto, rebotar, saltar hacia atrás, ser repelido o resurgir. Se trata de un término que surge de la física y la mecánica, de la metalurgia, y se refiere a la capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura original. Este término también se usa en medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura. Más tarde, el concepto fue utilizado en las ciencias sociales, como la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina social y la intervención social con un significado muy cercano al etimológico: ser resiliente significa ser rebotado, reanimarse, avanzar hacia adelante después de haber padecido una situación traumática (Rutter, 1993).

Así, la resiliencia, en las Ciencias Sociales, apuntó a designar una capacidad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino transformados por la experiencia.

Pensando en términos dinámicos, puede decirse que resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).

Aunado a esto Galende (2004): concibe a la capacidad resiliente como un fenómeno subjetivo no consiste en un sujeto que posee previamente esa capacidad para atravesar las adversidades de la vida, son estas mismas circunstancias adversas las que producen en él condiciones subjetivas creadoras, que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive, y transformarla o transformarse. Coincidiendo con Galende, Cyrulnik (2004) agrega que la resiliencia es algo adquirido, que varía conforme va desarrollándose la existencia del individuo e implica un proyecto de vida que se precisa individualmente para seguir adelante.

Por lo que, partiendo de la consideración de que esta se sustenta en la interacción entre el individuo y el entorno, en esta investigación se retoma la definición de González-Arratia, (2007) quien la define como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y los propios de su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Por tanto, la capacidad de resiliencia consiste en recuperarse de los conflictos no únicamente dejando que desaparezcan las crisis, sino impulsando los cambios y fortaleciendo las defensas, lo cual es referido como un proceso dinámico que involucra la interacción entre los factores de riesgo y protección internos y externos del individuo los cuales se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos.

La capacidad de ajuste personal y social a pesar de vivir en un contexto desfavorable y de haber tenido experiencias traumáticas es lo que define a la personalidad resiliente, implica la capacidad de resistir a las adversidades, el control sobre el curso de la propia vida, el optimismo y una visión positiva de la existencia (Scheier y Carver, 1992).

## **1.2 CARACTERISTICAS DE UNA PERSONA RESILIENTE.**

Hablar de características resilientes es abordar un tema muy estrecho referente a los factores protectores, puesto que como lo menciona Benson (1997), Las características resilientes se han referido en la literatura como factores de protección o valores de desarrollo.

Existiendo entre ambas variables: características y factores una estrecha relación, por lo que puede resultar complicado separar uno de otro, pues una habilidad o característica puede ser al mismo tiempo un factor protector.

Por ello es que a través de diversos estudios realizados en torno a la resiliencia, algunos autores han tratado de identificar esas características que definen a una persona resiliente tal es el caso de Wolin y Wolin (1999) proponen una explicación para el fenómeno de la resiliencia en niños y adolescentes, para lo cual desarrollan un esquema basado en las etapas del ciclo vital. El primer círculo de la resiliencia se centra en la infancia o niñez; el segundo, en la adolescencia y el tercero, en la adultez. Estos autores desarrollan la noción de características resilientes como: introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, ideología personal y sentido del humor.

**1.- Introspección.** Entendida como la capacidad de examinarse internamente, plantearse, y darse respuestas honestas.

Durante la niñez, la introspección se manifestará como la capacidad de intuir que alguien o algo no están bien en su familia, los niños resilientes son capaces de contrarrestar la reflexión distorsionada de la familia, situar el problema donde corresponde, reduciendo la ansiedad y la culpa.

Durante la adolescencia, la introspección corresponde a la capacidad de conocer, de saber lo que pasa a su alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas.



En la adultez, la introspección se manifiesta como la sabiduría, la comprensión de sí mismo y de otras personas, con aceptación de las dificultades, sin culpar a los demás.

**2.- Independencia.** Se refiere a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y ambientes adversos.

En la niñez, esta capacidad se expresa manteniéndose alejado de las situaciones conflictivas. En la adolescencia, la independencia se manifiesta en conductas como no involucrarse en situaciones conflictivas.

En la adultez, esta capacidad se expresa en la aptitud para vivir en forma autónoma y de tomar decisiones por sí mismo.

**3.- Capacidad de interacción.** Se refiere a la capacidad de establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.

En los niños, se expresa como una facilidad para conectarse, ser querido o adorado.

En los adolescentes, se manifiesta en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.

En los adultos, esta capacidad se manifiesta en la valoración hacia las relaciones interpersonales, la intimidad y los rituales.

**4.- Capacidad de iniciativa.** Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

En los niños esto se refleja en las conductas de exploración y actividades constructivas.

En la adolescencia, aparece la inclinación al estudio, práctica de deportes y actividades extraescolares como obvias y trabajos voluntarios.

En los adultos, se habla de generatividad, que alude a la participación de proyectos comunitarios, sentimientos de autorrealización, capacidad de liderazgo y enfrentamiento a desafíos.

**5.- Creatividad.** Corresponde a la capacidad de imponer orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos.

Durante la niñez, esa capacidad se expresa en la creación y los juegos que permiten revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

En la adolescencia, se refleja un desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar, bailar, producir artes.

Los adultos creativos son aquellos capaces de componer y reconstruir.

**6.- Ideología personal.** También se entiende como conciencia moral.

En los niños, esto se manifiesta en que son capaces de hacer juicios morales desde muy temprana edad, de discriminar entre lo bueno y lo malo.

En la adolescencia, se caracteriza por el desarrollo de valores propios y establecer juicios en forma independiente de los padres. Además se desarrolla el sentido de la lealtad y la compasión.

En la adultez, se manifiesta como la capacidad de servicio y de entrega hacia los demás.

**7.- Sentido del humor.** Se refiere a la disposición del espíritu a la alegría, permite alejarse del foco de tensión, relativizar, positivar, elaborar de un modo lúdico, encontrar lo cómico entre la tragedia.

En la niñez, se desarrolla a través del juego.

En la adolescencia, se desarrolla por su capacidad de reír, de moldearse y de jugar.

En el adulto, reconoce el aspecto divertido, alegre y juega.

Resumiendo lo anterior una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, E. 2004).

Así mismo Wolin y Wolin (1999) mencionan que las personas resilientes presentan una serie de factores internos que actúan como protectores, a saber:

1. Presta servicio a los otros o a una causa.
2. Emplea estrategias de convivencia, es asertivo, controla sus impulsos.
3. Es sociable.
4. Tiene sentido del humor.
5. Tiene un fuerte control interno frente a los problemas.
6. Manifiesta autonomía.
7. Ve positivamente el futuro.
8. Es flexible.
9. Tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
10. Capacidad para auto motivarse.
11. Percibe competencias personales.
12. Hay confianza en sí mismo.

Las personas resilientes poseen tres características principales: saben aceptar la realidad tal y como es; tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido; y tienen una inquebrantable capacidad para mejorar.

Además, presentan las siguientes habilidades:

- Son capaces de identificar de manera precisa las causas de los problemas para impedir que vuelvan a repetirse en el futuro.
- Son capaces de controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad y pueden permanecer centrados en situaciones de crisis.
- Saben controlar sus impulsos y su conducta en situaciones de alta presión.
- Tienen un optimismo realista. Es decir, piensan que las cosas pueden ir bien, tienen una visión positiva del futuro y piensan que pueden controlar el curso de sus vidas, pero sin dejarse llevar por la irrealidad o las fantasías.
- Se consideran competentes y confían en sus propias capacidades.

- Son empáticos. Es decir, tienen una buena capacidad para leer las emociones de los demás y conectar con ellas.
- Son capaces de buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

El modo de pensar de las personas resilientes:

Las percepciones y los pensamientos influyen en el modo como la gente afronta el estrés y la adversidad. El estilo de pensamiento de las personas resilientes se caracteriza por ser realista, exacto y flexible. Cometan menos errores de pensamiento (como la exageración o sacar conclusiones precipitadamente, sin evidencias que las corroboren) e interpretan la realidad de un modo más exacto que las personas menos resilientes.

Características de los adultos con resiliencia del yo	
Resilientes	No resilientes
<p>Tienen conciencia de sus propias motivaciones y su comportamiento.</p> <p>Muestran calidez y capacidad para establecer relaciones cercanas.</p> <p>Son desenvueltos y tienen presencia social.</p> <p>Son productivos y logran que las cosas se hagan.</p> <p>Son tranquilos, de actitud relajada.</p> <p>Poseen percepción social de las señales interpersonales.</p> <p>Reconocen el núcleo de los problemas importantes.</p> <p>Son genuinamente fiables y responsables.</p>	<p>Sus defensas del yo son precarias e inadaptadas en condiciones de estrés.</p> <p>Son autodestructivos.</p> <p>Se sienten incómodos ante la incertidumbre y las dificultades</p> <p>Reaccionan de manera exagerada ante las pequeñas frustraciones, son irritables.</p> <p>Niegan los pensamientos y experiencias desagradables.</p> <p>No varían los roles, se relacionan con todos de la misma manera.</p> <p>Son básicamente ansiosos.</p> <p>Se rinden y se alejan de la frustración o de la adversidad.</p> <p>Son vulnerables a amenazas reales o</p>

Responden al humor. Valoran su independencia y autonomía. Tienden a suscitar agrado y aceptación. Inician la diversión.	imaginarias. Tienden a rumiar y a tener pensamientos que los preocupan. Se sienten engañados y victimizados por la vida. Sienten la falta de significado personal de la vida.
--	--

Nota. Estos reactivos se utilizan como criterio para evaluar la resiliencia del yo usando el California Adult q-Set

Fuente: Adaptado de Block, 1991, según su reproducción en Klohnen, 1996.

#### ***A) Los beneficios de la resiliencia***

- Tienen una mejor autoimagen
- Se critican menos a sí mismas
- Son más optimistas
- Afrontan los retos
- Son más sanas físicamente
- Tienen más éxito en el trabajo o estudios
- Están más satisfechas con sus relaciones
- Están menos predispuestas a la depresión

Mientras que autores como Grotberg, (2001) emplean las características resilientes como categorías de factores resilientes como se puede observar en la tabla (1.2)

**TABLA 1.2.: CATEGORÍAS DE FACTORES RESILIENTES (Grotberg, 2001)**

<b>YO TENGO</b>  -Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. -Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.
---

- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

#### **YO SOY**

- Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño.
- Felíz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

#### **YO ESTOY**

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.

#### **YO PUEDO**

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver los problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Por último Ungar (2003) divide las características en cuatro factores. Características propias de los niños resilientes, características interpersonales, características familiares y características del ambiente y socioculturales como se puede apreciar en la tabla (1.3).

**TABLA 1.3. CARACTERÍSTICAS RESILIENTES EN LOS DISTINTOS NIVELES ECOLÓGICOS (Ungar, 2003)**

**CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS NIÑOS RESILIENTES** Aptitudes físicas e intelectuales; Autoeficacia. Introspección: Autoimagen positiva. Autoestima. Metas y aspiraciones. Sentido de Humor/Creatividad. Perseverancia. Empatía. Expresividad. Iniciativa. Autonomía. Moralidad.

**CARACTERÍSTICAS INTERPERSONALES** Relaciones significativa con otros, saber mantener su

red social, capacidad de saber restablecer la autoestima cuando es amenazada por otros, asertividad, atención positiva en los otros.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES** Calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad, bajos niveles de conflictos familiares, recursos financieros suficientes, colaboración.

**CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE y SOCIOCULTURALES** Ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, percibir apoyo social, percibir integración social, afiliación a organizaciones religiosas.

Autores como Ungar, Grotberg y Wolin han tratado de describir e identificar las características de personas resilientes y si bien son diferentes las clasificaciones que cada uno realizan se puede identificar que en dichas clasificaciones retoman tanto aspectos del ambiente como aspectos propios de la persona como habilidades, capacidades y valores.

Concluyendo en que el fomento de la resiliencia, adquiere relevancia en el ámbito familiar, educativo y comunitario, en tanto no depende sólo de características personales, sino también de un ambiente facilitador que interactúe permanentemente.

### **1.3 FACTORES DE RIESGO**

En los últimos años diversos investigadores se han dedicado a determinar los factores que inciden en el afrontamiento exitoso del estrés. Tradicionalmente, desde la biología y la medicina, se ha considerado a los factores de riesgo como relacionados a las enfermedades. Pero esta perspectiva resulta limitada por cuanto que no explica cómo es que ciertos factores de índole social, económica y cultural resultan perjudiciales para el desarrollo integral de las personas.

Un factor de riesgo hace referencia a situaciones contextuales o personales que incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de

salud (Rutter, 1985, 1999). Fernández (2004) señala que identificar y reconocer los riesgos de un individuo, grupo o comunidad significa poder estimar la probabilidad de que se produzcan daños (Hein, 2004; Jessor; 1993). El enfoque de riesgo asume que entre mayor es el conocimiento acerca de los eventos negativos, mayor probabilidad hay de actuar sobre ellos anticipadamente para así evitarlos cambiando las condiciones que exponen a un individuo o un grupo a adquirir enfermedades o sufrir daños (Rutter, 1985, 1999). En especial, el concepto de riesgo en el periodo juvenil se destaca por la posibilidad de que conductas o situaciones específicas pueden provocar daños en el desarrollo, afectar al conjunto de potencialidades y deteriorar el bienestar psicológico y la salud mental (Córdova, 2006).

#### **1.4 FACTORES PROTECTORES**

En cuanto a los factores protectores, estos son entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, disminuyen la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Se consideran como tales las fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo, e implican variables genéticas, disposiciones personales y factores psicológicos, situacionales y sociales.

Cyrułnik, Scheier y Carver relacionan la resiliencia con factores protectores entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, disminuyen la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Se consideran como tales las fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo, atenuando los efectos de las circunstancias adversas o enfermedades crónicas como la Diabetes.

Dentro de los factores protectores considerados internos es posible distinguir variables tales como la autoestima, el locus de control, los estilos de afrontamiento y los hábitos de salud, que están presentes en las personas resilientes (Manciaux, 2003; Suárez, 1997; Wolin y Wolin, 1993).

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan de manera aislada sino ejerciendo un efecto de conjunto, donde se establecen complejas



relaciones funcionales que traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y los eventos estresantes; este proceso de amortiguación del estrés y su conocimiento es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general (Rojas, 2007). Además, ambos permiten conocer resultados negativos y positivos en el desarrollo psicológico de los individuos (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Rutter, 1985). En tal sentido, una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias como factor de riesgo o de protección. Asimismo, se debe destacar que una situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro periodo, lo que se debe al propio desarrollo del individuo y la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y sociales, las cuales influirán tanto como las condiciones del entorno y en el grado en que sean protectoras o de riesgo (Córdova, 2006).

En términos generales, podría considerarse que así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores son muchas veces el resultado de procesos iniciados tiempo atrás, los que en ocasiones se han incorporado a los valores culturales (Rojas, 2007).

Dentro de los factores protectores considerados internos es posible distinguir variables tales como la autoestima, el locus de control, los estilos de afrontamiento y los hábitos de salud, que están presentes en las personas resilientes (Manciaux, 2003; Suárez, 1997; Wolin y Wolin, 1993). Entre los factores protectores externos o ambientales que promueven la resiliencia se destaca fundamentalmente la familia (Munist, Santos, Kotliarenco y cols., 1998). La inclusión de estas variables se debe a que estudios recientes han dejado en claro que la autoestima está estrechamente asociada a la resiliencia, ya que una alta autoestima y una buena dosis de eficacia personal hacen más probable el éxito en la superación de las dificultades (Bourne, 2003; Davey, Goettler y Walters, 2003; Dumont y Provost, 1999; González-Arratia, 2007; Löesel, Bliesener y Kferr, 1989; Rutter, 1985; Salami, 2010; Walsh, 2004).

## **1.5 RESILIENCIA EN ADULTOS**

Si se considera que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla y actualiza en la historia interaccional del sujeto, su relación con las diversas etapas de la vida cobra particular relevancia. El concepto etapa de vida es uno de los supuestos más generalizados entre los especialistas y los legos para describir y explicar las diversas situaciones que hacen parte del desarrollo humano. Desde distintos enfoques teóricos se han definido diversas clasificaciones de etapas de la vida, que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte.

Hay acuerdo sin embargo, en que las distintas etapas o periodos de la vida están definidos en relación a cambios o crisis que caracterizan a un grupo de edad en un contexto sociohistórico determinado (Villalta, 1996). Es decir, los cambios, o crisis de la vida como los denominó E. Erikson, no son propiedad de un determinado grupo, sino que son inherentes a todo el proceso de desarrollo.

Es interesante notar que en el afrontamiento de las crisis de la vida es donde la promoción de la resiliencia hace la diferencia entre la predisposición al desarrollo de las potencialidades humanas o su estancamiento. De modo pionero a mediados del siglo XX Erik Erikson (1980) destaca la influencia de la sociedad y la cultura en cada uno de los ocho periodos de edad en que divide la vida humana. Erikson despatologiza el concepto de crisis con el que el psicoanálisis ortodoxo aborda los conflictos en la vida de las personas y la ubica como categoría central con que describe los procesos asociados a las tensiones y cambios de la adolescencia en sus componentes personales y en sus configuraciones socioculturales.

Para Erikson, cada etapa de la vida presenta una crisis que implica un conflicto diferente propio del proceso madurativo. Tales crisis se manifiestan en momentos determinados a todas las personas, y se manifestará de modo pertinente a cada contexto personal y sociocultural. Es lo que comúnmente se conoce como crisis normativas.

Estudios posteriores, desde otros enfoques, como es el caso del enfoque epigenético sociocultural y ecológico, por mencionar a los más relevantes y comúnmente categorizados en confrontación entre sí, enriquecen la comprensión de las formas como se configuran y abordan las diversas crisis de la vida: normativas, traumáticas o existenciales (Díaz y Villalta, 2002). Estas son situaciones sustancialmente interaccionales, cuya interpretación por parte del sujeto que las vive afectan su forma de desenvolverse en la vida.

Considerando los elementos que caracterizan la sociedad urbana occidental -la globalización de la cultura e información, la extensión de la moratoria psicosocial, la volatilidad de los proyectos laborales-, en relación con los aportes de Erikson referentes a las etapas de vida y las crisis normativas que las definen, se puede caracterizar a la adolescencia como una etapa en que se consolida la identidad en función a la diferenciación entre pares y especialmente con los adultos.

Las diferencias de género que aquí comienzan a hacerse evidentes de modo similar a cómo se expresan en el entorno adulto, tienen que ver básicamente con la diferente socialización atravesada por valoraciones machistas que preddefine los roles de quien preserva o conserva las relaciones humanas y quien explora mundos posibles.

En realidad la confianza es primer factor resiliente y transversal a todas las edades (Grotberg, 2006)

La etapa de la adultez refiere a quienes se perciben integrados al mundo laboral y que han desarrollado o sienten la demanda de cultivar vínculos afectivos, laborales, sociales que aseguren el cuidado de quienes están en proceso de crecimiento. En términos básicamente sociodemográficos esta puede ubicarse en el tramo de los 30 a 55 años. Y al igual que el periodo de la juventud se pueden hacer distinciones entre momentos iniciales y de plenitud.

A saber, la tarea de la adultez es la generatividad, el sentimiento de producir algo con el propio esfuerzo, de crear algo y verlo crecer y desarrollarse. Implica el cuidado por la nueva generación, la necesidad de concretar un aporte propio al mundo, a la

humanidad. La virtud implícita es la compasión. El riesgo de un logro no adecuado en esta tarea es el estancamiento, el sentirse trunco, no creador, no aportativo.

La promoción de la resiliencia en la adultez está estrechamente ligada a la capacidad de aprender de los resultados de sus esfuerzos sean estos de éxito o fracaso, y a la iniciativa para emprender y concluir proyectos.

Otra etapa de la vida refiere a la etapa de la vejez, Erikson considera que en esta etapa de la vida tiene la tarea de integrar todas las experiencias vitales. La promoción de la resiliencia en este periodo de edad apunta al desarrollo de la sabiduría que se gana con la reflexión de la experiencia.

## 1.6 RESILIENCIA Y SALUD

La resiliencia representa el lado positivo de la salud mental. Es muy ilustrativo comparar los conceptos básicos de salud mental y los de resiliencia, que presentan en común sugestivas definiciones:

<b>SALUD MENTAL</b>	<b>RESILIENCIA</b>
Proceso determinado histórica y culturalmente en cada sociedad. Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.	Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.
Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-social y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.	Depende de la interacción positiva del sujeto con los demás, responsable en cada uno de la construcción del sistema psíquico humano.

Desde la a psicología Positiva el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, y cols ,2002).

De acuerdo al planteamiento que hace la psicología positiva y lo que afirman diversos autores, la psicología tradicional ha enfocado sus estudios hacia la conducta del ser humano para etiquetarlas y por ende enmarcarles un diagnóstico, ignorando las fortalezas que tienen las personas para sobreponerse y adaptarse a una nueva situación, es de allí que surge la necesidad de replantear una mirada más positiva hacia el comportamiento y pensamiento humano.

Según Calhoun y Tedeschi, (1999), reconceptualizar las experiencias desde un modelo más saludable es un paso a construir métodos positivos de prevención, que tengan en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas.

Desde el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad, ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados. Ejemplo de ello es la creencia ampliamente arraigada en la cultura occidental de que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la muerte de seres queridos, o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología. (Avia y Vázquez, 1999).

No siempre un hecho de adversidad genera en las personas conductas desadaptativas, aunque esa es la visión que se ha planteado desde la psicología científica, tenemos que partir de que cada persona posee facultades, emociones y sobre todo fortalezas de las que plantea el psicólogo representativo de esta corriente el Dr. Seligman quien ha orientado sus investigaciones hacia el estudio de las fortalezas y emociones humanas dejando de lado el concepto de vulnerabilidad.

Afirma que las emociones positivas serían entre otras la esperanza, la confianza, la capacidad de perdonar, y según los estudios realizados el desarrollo de las emociones positivas es el mejor método para enfrentar los momentos adversos de la vida. Encontramos que las emociones y los rasgos positivos que incluyen la fortaleza y las

habilidades son las que se cuentan a la hora de afrontar estas situaciones de adversidad.

Partiendo de que cada persona tiene la fortaleza y las capacidades para sobreponerse a las adversidades como lo plantea el modelo de resiliencia, Manciaux, y cols (1999), la definen como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, y de condiciones de vida difíciles.

Este concepto ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses, así, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar.

Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático. Desde esta corriente se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio tras la experiencia adversa (Carver y Leary, 1998).

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, 2004).

Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas. También se ha

propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad. (Werner y cols, 2004).

Incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones ciertamente adversas, es aún una gran incógnita para la Psicología (Bartone, 2000).

De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998). Es necesario, por tanto, un gran volumen de investigación empírica que lleve a clarificar la naturaleza de los procesos de resistencia y crecimiento.

## **2 AFRONTAMIENTO**

La vida es un importante proceso de adaptación a las circunstancias que le rodean, nadie puede vivir todo el tiempo sin experimentar ciertos grados de estrés. Ante los estresantes cotidianos se presenta una reacción de alarma. Esta reacción será diferente en los individuos dependiendo de su historias de enfrentamientos vividos, es por ello que es importante considerar el papel que desempeña el afrontamiento, ya que éste es el resultado de la interacción entre las personas y el ambiente, y el cómo el suceso sea afrontado depende de cómo es parecido como factor estresante depende de la interpretación personal de cada sujeto en cada caso particular, es por ello que es este capítulo se definirá el afrontamiento, sus etapas, funciones, estilos, recursos y límites , para de esta manera conocer mejor el proceso de cómo los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento ante algunos estresores (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986), mencionan que desde hace mucho tiempo se ha aceptado que el afrontamiento varía desde la infancia hasta la edad adulta. Los cambios son evidentes en el desarrollo temprano de los niños, cuando este empieza a entender al mundo a aprender los complejos modos de afrontamiento dirigidos al problema y a la emoción.

De acuerdo con los recursos que el ser humano tiene para afrontar una situación que provoca estrés, Murphy (1976, citado por Lazarus en 1986), ha sugerido que a pesar de producirse cambios en los detalles del afrontamiento desde las formas primitivas de reacción hasta los complejos procesos cognitivos, bases biológicas de oposición, exploración y agresión aparecen muy pronto y permanecen constantes como integrantes del afrontamiento, pero sin embargo Gutman (1974, citado por Lazarus en 1986), considera que cuando las personas envejecen, pasan de un dominio activo (modos de afrontamiento controladores y agresivos) o otros modo más pasivos y por ultimo acaban instalándose en una confianza regresiva en lo mágico.



Vailant y Pfeiffer (1977, citados por Lazarus en 1986), mencionan que el afrontamiento se hace más efectivo y más realista con la edad, que existe una menor dependencia de los mecanismos inmaduros como la proyección y el acting out, un mayor uso de los mecanismos evolucionados como el altruismo, humor y supresión.

La mejor generalización respecto a los cambios en el afrontamiento durante la vida es la que las fuentes de estrés cambian con los distintos periodos de esta y en consecuencia el afrontamiento también lo hace.

## **2.1 CONCEPTO**

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de cuarenta años. Durante los años de 1949 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Se encontró el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura teoría/empírica muy distintas: la primera se deriva de la experimentación tradicional con animales, y la otra de la teoría psicoanalítica del yo, las cuales se definirán a continuación:

En primer lugar Lazarus y Folkman (1986), en el modelo animal definen al afrontamiento como aquellos actos que controlan las situaciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológicas por estas.

A su vez Ursin(1980; citado en Lazarus y Folkman, 1986), mencionan que el logro de la disminución gradual de la respuesta tanto de los experimentos con los animales como con los seres humanos es lo que se llama afrontamiento.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del yo, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés (Lazarus y Folkman, 1991).

La diferencia principal de tratar las formas de afrontamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modelo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno.

Sin embargo la definición de afrontamiento más clara es la que propone Lazarus y Folkman (1986), quien es uno de los exponentes más representantes de la corriente cognitivo-conductual, definiendo el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, dicha definición es la que sustenta esta investigación.

## **2.2 ETAPAS**

Las etapas de afrontamiento son de gran importancia, ya que se conocen algunas de las maneras de cómo actúa el hombre ante algunas situaciones estresantes. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares; para entender el afrontamiento y evaluarlo, se necesita entender aquello que el individuo afronta (Lazarus y Folkman, 1986).

Por su parte, Main (1977; citado en Lazarus y Folkman, 1986), ha sugerido la presencia de etapas de afrontamiento a lo largo del tiempo, él propone tres etapas: protesta, desesperación y desvinculación, consideradas como formas de afrontar la experiencia estresante.

A su vez, Klinger (1977; citado en Lazarus y Folkman, 1986), sugiere que la pérdida o amenaza de un compromiso origina en primer lugar un aumento del esfuerzo y del nivel

de concentración. Si la contrariedad continúa, la frustración y el enfado también aumentan la probabilidad inmediata de responder primitivamente con acercarse a él, conduce a la depresión, caracterizada por pesimismo y apatía. Dicho autor considera esta secuencia como la normal en las etapas de afrontamiento; en su opinión la desvinculación y la depresión, en principio son formas adaptativas de afrontamiento.

Por otro lado Shontz (1975; CITADO EN Lazarus y Folkman, 1986), propone la idea de cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procederá con una serie de etapas de afrontamiento a partir del momento en que se informan del estado.

Para Shontz (1975; citado en Lazarus y Folkman, 1986), las etapas se enumeran en:

**1 Etapa de shock:** que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso, se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción.

**2 Etapa de encuentro:** un periodo extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización.

**3 Etapa de retirada:** la cual parece corresponder a la negación, esta etapa va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente comprobación de la realidad; confrontación o esfuerzo de la retirada, o negación/evitación.

Otro autor que propone las siguientes etapas de afrontamiento en una situación estresante de tipo ecológico es Lazarus y Folkman (1896), quien expone lo siguiente:

1. **Anticipación:** El acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales para evaluar incluyen la probabilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza en que ocurra. El proceso cognitivo de la evaluación valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta que punto y de qué forma.

2. **Periodo de Impacto:** Muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden el valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha comenzado o ha terminado, como este se manifiesta en su totalidad y el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba y en qué aspecto. Estos procesos cognitivos empiezan durante el periodo de impacto y persisten durante el periodo de postimpacto.
3. **Periodo de postimpacto:** en el que emergen un conjunto de nuevos procesos anticipatorios durante la interacción, el individuo descubre la realidad de lo que ha ocurrido o lo que puede hacer respecto de lo que ha ocurrido.

## 2.3 FUNCIONES

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene, las funciones no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones detengan determinados resultados.

Muchos autores identifican múltiples funciones de afrontamiento. Trabajando en el marco psicológico del yo, White (1974; citado en Lazarus y Folkman, 1986), cita tres de ellas:

- Asegurar la situación adecuada del entorno.
- Mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información.
- Mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión.

Por otro lado, Mechanic (1974; citado en Lazarus y Folkman, 1986), el cual parte de una perspectiva socio-psicológica, cita también dos funciones; afrontar las demandas

sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesaria para hacer frente a tales demandas externas.

De igual manera Pearlin y Schooler (1978; citado en Lazarus y Folkman, 1986), las denomina función de control situacional, función de control significados y función de control de estrés en si mismo, cuando este ya ha aparecido.

De lo antes mencionado existe una diferencia que se debe mencionar ya que es de gran importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

El primero se refiere al afrontamiento dirigido al problema: las formas de afrontamiento dirigido al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambios (Lazarus y Folkman, 1986).

El segundo afrontamiento dirigido a la emoción: las formas de afrontamiento dirigido a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

A continuación se explicará los dos tipos de afrontamiento.

1. **Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción:** existe una amplia gama de afrontamientos dirigidos a la emoción, un grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño de las estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional;

algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autoreproche o cualquier otra cosa de autocastigo.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir ante una situación, sin cambiarla objetivamente. Tales maniobras son llamadas reevaluación cognitiva, tanto si el cambio introducido se basa en una interpretación realista de las señales emitidas en una distorsión de la realidad.

No obstante los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad, sin embargo debe tener en cuenta la cuestión de la autodecepción, fenómeno que siempre es posible en este tipo de afrontamiento. Utilizar el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importa. Estos procesos conducen por si mismo a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad, la autodecepción eficaz debe darse sin conocimiento del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

2. **Modo de afrontamiento dirigido al problema:** las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de este; con ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo, a su beneficio, a su elección y aplicación. Sin embargo el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que el afrontamiento dirigido al problema también incluye las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Kahn y sus colaboradores (1964; citados en Lazarus y Folkman, 1986), hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema, las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En las del primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de cambios motivacionales o cognitivos, como la evaluación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o de aprendizaje y procedimientos nuevos.

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí, en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

Papalia y Wendkos (1987), mencionan que quienes suelen afrontar con efectividad el estrés emplean las dos funciones principales: las que ayudan a resolver el problema y las que ayudan a sentirse mejor. Los que afrontan con menor efectividad suelen solventar el problema inmediato, pero con un costo en términos de bienestar emocional y físico, o bien a veces lo que hacen es huir hacia un modelo de pensar que les hace sentirse mejor pero que no sirve para cambiar la fuente de estrés.

## **2.4 ESTILOS Y RASGOS DE AFRONTAMIENTO**

Lazarus y Folkman (1986), mencionan que un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado, y generalmente representa a formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares del individuo, tales como poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil, el controlador o el permisivo o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas o claras, inminentes o alejadas, temporales o crónicas, evaluativas o no evaluativas.

Los rasgos de afrontamiento hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicarlas en determinadas clases de situaciones, en las que

encontramos represión/sensibilización, mal y buen humor, afrontamiento/evitación o control/ brusquedad.

Estilos Cognitivos: se refieren a las respuestas automáticas mas que a las que obedecen algún esfuerzo. Los estilos cognitivos sirven como mecanismo de control y sus efectos guardan cierto parecido con lo que a veces se conoce como estilos de afrontamiento.

Por otra parte, los controles cognitivos; son estilos aceptados como importantes variables mediadoras en el mantenimiento de la estabilidad de las actitudes y orientaciones del individuo. Se consideran operaciones de estructura del yo que actúan para proporcionar un equilibrio adaptativo entre los esfuerzos internos y las demandas de la realidad.

Un control cognitivo sería el de nivelamiento-agudización: que estaría relacionado con el equilibrio entre los estímulos nuevos y los recuerdos de las experiencias previas. El nivelamiento expresa la tendencia a ver las cosas en términos de parecidos y similitudes. La agudización, es un modo de ver las cosas en base a las diferencias que presentan (Lazarus y Folkman, 1986).

Otros controles cognitivos son la focalización o scanning, importante para determinar la atención espontánea prestada a diversas situaciones, el rango de equivalencia, importante para establecer juicios sobre similitudes y diferencias, el control flexible y estrecho, que decide la respuesta ante la percepción de situaciones incongruentes y la tolerancia a las experiencias irreales, importante para configurar la respuesta a la situación que desafían o agotan los conocimientos usuales sobre realidad externa. Los estilos cognitivos pueden considerarse procesos adaptativos pero no de afrontamiento.

La negación se utiliza como estilo de afrontamiento y se experimenta mayor alivio emocional en la primera situación amenazante.



Brenznitz (1983; citado en Lazarus y Folkman, 1986), ha identificado varias clases de negación tales como: negación de información, amenazante, importancia personal, urgencia, vulnerabilidad, responsabilidad, afecto e importancia del afecto. Estas negaciones se organizan jerárquicamente, solo cuando falla una forma más alta de negación, el individuo procederá a utilizar inmediatamente la inferior. El uso de cualquier forma de negación implica una falta de esperanza para cambiar la situación objetiva.

Monat, Averill y Lazarus (1972; citados en Lazarus y Folkman, 1986), enumeran algunas estrategias de afrontamiento como: el distanciamiento psicológico, evitación de pensamientos que hagan referencia a la amenaza, negación de sus implicaciones y la búsqueda de la información que pueda revelar algo importante que pueda dar estrategias de afrontamiento alternativas, y responder al feedback provocado por los pensamientos y actos.

## **2.5 RECURSOS**

Decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1986). Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son realmente útiles, como constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

Antonovsky (1979; citado en Lazarus y Folkman, 1986), ha utilizado el término de recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés. Estas características pueden ser físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, impersonales, y macro socioculturales. En otras palabras, el autor ve los recursos como neutralizantes del estrés, el grado de que los recursos por si mismos neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales del afrontamiento fue demostrado por Pearlin y Schooler (1978; citados

en Lazarus y Folkman, 1986), ellos sugieren que los recursos son mas útiles para ayudar a las personas en el afrontamiento de tensiones derivadas de las condiciones sobre las que dispone de poco control . Pero cuando se afrontan los problemas que se derivan de las relaciones interpersonales estrechas lo que uno hace es muy distinto. Las principales categorías de los recursos de afrontamiento en la vida del ser humano son definidas por Lazarus y Folkman (1986), como:

- **Salud y energía:** el importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante. Muchas de las investigaciones realizadas mencionan que los individuos capaces de afrontar situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía, cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellas.
- **Creencias Positivas:** verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluye en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Una creencia puede conducir a una evaluación de desesperanza que, a su vez, disminuye al afrontamiento dirigido al problema una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia sobre una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar problemas.

El grado de generalización de un determinado sistema de creencias influye también sobre el papel de afrontamiento, los sistemas de creencia pueden aplicarse prácticamente en todos los contextos o bien un espectro de aplicabilidad muy estrecho. La creencia de que uno tiene menor control sobre las situaciones laborales que sobre

las domesticas pueden mermar el afrontamiento dirigido al primer contexto. Por tanto, se observa, que tanto la naturaleza de un sistema de creencias como su grado de generalización determinan su valor como recurso y su influencia en los procesos de evaluación y de afrontamiento, las que han recibido más atención son las que hacen referencia al control, una creencia general sobre locus de control interno produce mayor actividad y persistencia en el afrontamiento, que las creencias en locus externo.

Anderson y Strickland (1977 y 1978, respectivamente, citados en Lazarus y Folkman, 1986), sugieren que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas afrontan de manera distinta los problemas relacionados con la salud que las que los consideran un resultado al azar, casualidad o destino.

Las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento: si el locus de control es interno, predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus de control es externo predominan las estrategias dirigidas a la emoción.

- **Técnica para la resolución de problemas:** incluye habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiada Janis y Main (1977; citados en Lazarus y Folkman, 1986), son importantes recursos de afrontamiento, que aunque abstractos, se expresan a través de acciones específicas. Algunos autores conceptualizan estas técnicas en términos amplios, como a enfrentarse a dilemas morales, situaciones de emergencia, conflictos de rol, conflictos matrimoniales o ambigüedades. Las técnicas para la resolución de problemas derivan de otros recursos como experiencias previas, almacenamiento de información y capacidad de autocontrol.
- **Habilidades sociales:** constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás

de una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. La importancia de las relaciones sociales como recurso se hace evidente en muchas áreas, incluidas los programas terapéuticos que ayudan al individuo a manejar los problemas cotidianos así como los programas de entrenamiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal.

Mc Fall (1982; citado en Lazarus y Folkman, 1986), identifica dos modelos principales: un modelo de rasgo, que considera las habilidades sociales como una característica general subyacente de la personalidad o una predisposición a un tipo respuesta, y el modelo molecular son adecuados y propone un modelo alternativo de dos canales, basados en el procesamiento de la información.

- **Apoyo Social:** el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento.
- **Recursos materiales:** los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, medica, financiera y de cualquier otro tipo, el hecho de tener dinero, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo.

## **2.6 LIMITACIONES DEL USO DE AFRONTAMIENTO**

Lazarus y Folkman (1986), exponen que los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno.

**Condiciones personales:** Son aquellos que hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y al déficit psicológico que son producto de desarrollo del individuo. También se llaman condicionantes personales, esquemas o factores de coacción.

**Condiciones ambientales:** Existen tanto en el ambiente como en el que el individuo. Dado que muchos recursos son finitos, hay que decir cómo distribuirlos.

**Grado de amenaza:** Puede ser evaluada como mínima cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. Junto con los recursos y los condicionantes, el grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. La amenaza extrema interfiere con los modos de afrontamiento dirigidos al problema mediante sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad del procesamiento de la información.

Es importante resaltar que los grados de amenaza no significan necesariamente una disminución de alguna o de ambas formas de afrontamiento.

### **3 DIABETES**

#### **3.1 CONCEPTO**

De acuerdo a la FID (2013) La diabetes es una enfermedad crónica que parece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina es una hormona producida por el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que puede llegar a ser mortales.

Este síndrome afecta también al metabolismo de los lípidos, pudiendo fácilmente alterar, a lo largo de su evolución, otras vísceras como médula renal, corazón, sistema muscular y esquelético.

#### **Etiología**

En la actualidad hay un total acuerdo en que la etiología de la diabetes mellitus es heterogénea, siendo muy variado los factores que se concitan en su génesis (factores genéticos, ambientales, hormonales, etc.). (Rotter, 1987).

Respecto de la diabetes tipo 2, se admite que el peso de los factores genéticos es en todos los casos mucho menor.

Los factores ambientales se han vuelto más relevantes en los últimos años respecto de la etiología de la diabetes, en contra de la hipótesis exclusivamente genética. Hoy se sabe que la hiperglucemia que resulta de los diabéticos no se debe sólo a una deficiencia de insulina, sino también a una resistencia a la acción de la insulina, bien

por la existencia de una disminución del número de receptores en la membrana plasmática de algunas células.

Esta intolerancia a la glucosa puede estar condicionada por el estrés y la ansiedad que acompañan a las descargas de epinefrina. La epinefrina bloquea la secreción de insulina.

Los factores ambientales están vinculados de hecho a la etiología y curso de la diabetes, a través de la producción aumentada de epinefrina en circunstancias estresantes. Los factores ambientales intervienen también a través de otros mecanismos como el consumo excesivo de hidratos de carbono, el exceso de ejercicio físico, la vida sedentaria asociada a ciertas situaciones de estrés, etc. (Brownlee, 1981).

### **3.2 TIPOS**

#### **Diabetes tipo 1**

La diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente, se presenta en niños o adultos jóvenes. Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en la sangre.

Este tipo de diabetes suele desarrollarse repentinamente y puede producir síntomas talas como:

- Sed anormal y sequedad en la boca.
- Micción frecuente
- Falta de energía, cansancio extremo.
- Hambre constante.
- Pérdida repentina de peso.

- Heridas de cicatrización lenta.
- Infecciones recurrentes.
- Visión borrosa.

Las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida normal y saludable a través de una combinación de terapia de insulina diaria, vigilancia estrecha, una dieta saludable y ejercicio físico regular.

El número de personas que desarrollan diabetes tipo 1 está aumentando. Las causas de esto aún no están claras, pero pueden deberse a cambios en factores de riesgo medioambientales, sucesos tempranos en el útero, la dieta en los primeros años de vida, o a infecciones virales.

## **Diabetes tipo 2**

La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común. Por lo general ocurre en adultos, pero cada vez mas aparece en niños y adolescentes. El la diabetes tipo 2, el cuerpo puede producir insulina, pero o bien esto no es suficiente o bien el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en la sangre.

Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, ya que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre.

Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado.

Aunque todavía no se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo 2, hay varios factores de riesgo, importantes tales como:

- Obesidad



- Mala alimentación
- Inactividad física
- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de diabetes

A diferencia de las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 no requieren, por lo general, dosis diarias de insulina para sobrevivir. Muchas personas pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede que tengan que tomar insulina.

El número de personas con diabetes tipo 2 está creciendo rápidamente en todo el mundo. Este mundo está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física, y los cambios en otros patrones de estilo de vida.

### **Diabetes Gestacional**

Las mujeres que desarrollan una resistencia a la insulina y, por tanto, una alta glucosa en sangre durante el embarazo se dice que tienen diabetes Gestacional (también conocida como diabetes mellitus Gestacional o DMG). La diabetes Gestacional, tiende a ocurrir tarde en el embarazo, por lo general alrededor de la semana 24. La condición se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, probablemente por las hormonas producidas por la placenta, provocando insensibilidad a la insulina (también conocida como resistencia a la insulina).

Dado que la diabetes Gestacional normalmente se desarrolla tarde en el embarazo, el feto ya está bien formado, pero sigue creciendo. Por tanto, el riesgo inmediato para el bebé no es tan grave como en el caso de que la madre tenga diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, la diabetes Gestacional no controlada puede tener grandes consecuencias, tanto para la madre como para el bebé.

Una glucosa en sangre mal controlada durante el embarazo puede dar lugar a un bebé con un tamaño significativamente superior a la media (una condición conocida como la macrosomía fetal), lo que hace que un parto normal se convierta en difícil y de riesgo. El recién nacido correrá el riesgo de sufrir lesiones en los hombros y problemas respiratorios. En muchos casos, será necesaria una cesárea, poniendo en riesgo la salud de la madre. También existe riesgo de preeclampsia, una condición en la que la alta presión arterial repentina representa un peligro para la salud ( y en algunos casos para la madre y su bebé).

La diabetes Gestacional en las mujeres normalmente desaparece después del nacimiento. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes Gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes Gestacional en embarazos posteriores y de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante. Los bebés que nacen de madres con diabetes Gestacional también tienen un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo 2 en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

Las mujeres con diabetes Gestacional tienen que vigilar y controlar sus niveles de glucosa en sangre para reducir al mínimo los riesgos para el bebé.

Normalmente, esto se puede hacer mediante la adopción de una dieta sana y ejercicio moderado, pero en algunos casos puede ser necesario también administrar insulina o medicación oral.

### **3.3. SINTOMAS FISICOS**

Los síntomas fundamentales que caracterizan a la diabetes son polidipsia (sed), polifagia (hambre), y poliuria (eliminación de orina), así como pérdida de peso y el prurito. La poliuria es producida por el efecto diurético y osmótico de la glucosa. La hiperglucemia (aumento de concentración de glucosa en sangre) y la glucosuria (aumento de la concentración de glucosa en orina) continuadas, dan lugar a la polidipsia y a la polifagia.

Otro de los síntomas físicos que se presentan en la diabetes es la sensación de cansancio y de fatiga desproporcionada a los esfuerzos que se realizan y que suelen estar vinculados a la pérdida de electrolitos (sodio, potasio, calcio), y sales minerales, lo que determinan un profundo desajuste hidrosalino.

El prurito puede llegar a ser muy intenso, aunque su localización preferente asienta en el ano y en la región genital, como consecuencia de acumularse allí glucosa (procedente de la orina) y por ser zonas más en contacto con gérmenes y más dificultosas para las medidas higiénicas, lo que determina de frecuentes infecciones.

Son muy frecuentes las heridas, en parte porque la piel del diabético suele estar muy seca y debilitada y, en parte, porque cualquier pequeño arañazo que se haga tardara mucho en cicatrizar, como consecuencia de la hiperglucemia y de los trastornos circulatorios que suelen acompañar a la diabetes.

### **3.3.1 COMPLICACIONES DE LA DIABETES**

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones –tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones.

- La enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

- La enfermedad renal

La enfermedad renal (nefropatía) es mucho más común en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. Esta enfermedad es causada por el daño a los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes, o que fallen por completo. El mantenimiento de niveles normales de glucosa en sangre y presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de nefropatía. Consiste en una alteración vascular del glomérulo del riñón por la que se permite el paso a la orina de proteínas, que en condiciones normales no pasan a la orina.

- La enfermedad de los ojos

Muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), que puede dañar la visión o provocar ceguera. La persistencia de altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede bloquearse y dañarse en retinopatía, lo que lleva a la pérdida permanente de la visión. La retinopatía se puede tratar a través de controles regulares de los ojos y manteniendo unos niveles normales de glucosa.

La Retinopatía diabética se caracteriza por la aparición de pequeñas lesiones microvasculares consistentes en dilataciones de los vasos y crecimiento de vasos, que unidas afectando una seria afectación de la visión.

- El daño en el sistema nervioso

Cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado elevadas, la diabetes puede provocar daño en el sistema nervioso de todo el cuerpo (neuropatía). Pueden producirse problemas con la digestión y la orina y disfunción eréctil, además de otras funciones, pero las zonas más comúnmente afectadas son las extremidades, particularmente los pies. Los daños en los nervios de estas zonas se llama neuropatía periférica, y puede conducir al dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad. La pérdida de sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones mayores.

En las extremidades inferiores aparece en forma de claudicación intermitente, un síndrome clínico que se caracteriza por la aparición de un cuadro doloroso y agudo en las piernas que lleva a quien los sufre a detenerse por ser incapaz de continuar andando. El dolor se debe a la situación de falta de oxígeno en que se encuentran esos grupos musculares ( los gemelos), toda vez que las endurecidas arterias no le aportan las cantidades que necesitan. Esta mala circulación periférica es causa también de la gangrena de los pies (cuando una herida se infecta), pudiendo determinar las amputación de esta extremidad.

Al afectarse los filetes nerviosos muy frecuentemente los de las extremidades inferiores, el paciente se queja de sensación de hormigueo y quemazón de los pies, dolores, calambres musculares nocturnos y una especial sensibilidad/vulnerabilidad al peso en las extremidades hasta el punto de no tolerar el roce de las sabanas.

Cuando se afectan los filetes nerviosos motores, el paciente se queja de disminución progresiva de las fuerzas y de parálisis de ciertos grupos musculares inervados por esos filetes nerviosos Lundberck (1971).

- El pie diabético

Las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación.

Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes.<sup>4</sup> Sin embargo, con un buen tratamiento, pueden prevenirse una gran parte de las amputaciones. Incluso cuando una persona sufre una amputación, la pierna que queda –y la vida de la persona– se pueden salvar con una buena asistencia de seguimiento de un equipo podológico multidisciplinar. Las personas con diabetes deben examinarse los pies de forma regular.

- La salud oral

La diabetes puede ser una amenaza para la salud oral. Por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis) en las personas con mal control de la glucosa. La gingivitis, a su vez, es una causa importante de pérdida de dientes y también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

- La apnea del sueño

La reciente investigación demuestra la probabilidad de una relación entre la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño. Las estimaciones sugieren que hasta el 40% de las personas con apnea del sueño tienen diabetes, aunque se desconoce la incidencia de nuevos casos de diabetes en personas con apnea del sueño.<sup>5</sup> En las personas con diabetes tipo 2, la apnea del sueño puede tener efectos en su capacidad de controlar la glucosa en sangre.

### **3.4 EFECTOS EMOCIONALES**

Se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que viven con diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad: De estos dos factores importantes se han descrito, la depresión y el estrés (Kelly L. 2006).

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante, pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado el riesgo de que pueden tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto, además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el apoyo social, los familiares, amigos, y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo.

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una situación de salud-enfermedad, el diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad (Kelly L. 2006).

En un estudio realizado por Garay y colaboradores (1995), se encontró que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a un mejor control metabólico.

Se ha reportado que las experiencias estresantes de la vida diaria pueden ser importantes factores etiológicos en la patofisiología de enfermedades crónicas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular coronaria (Pierrot, 1992).

Por otra parte se puede iniciar una respuesta adaptativa a la enfermedad que va a depender de tres factores psicológicos principales: el estrés de la vida diaria, (divorcio, muerte de un familiar, etc), la habilidad para enfrentarse con la enfermedad y el ambiente social (Wilson, 2000).

La aceptación de la enfermedad y la adaptación al estrés pueden ocurrir durante la evolución de la enfermedad dependiendo de diferentes factores psicosociales (Di Matteo y Col. 2004). Como el "Coping" o enfrentamiento de la enfermedad.

Por tanto, una de las fuentes de estrés más relevantes la constituye las repercusiones que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo, el "estigma" de estar enfermo y considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la diabetes. Por otra parte, ciertos efectos colaterales del tratamiento, como los episodios hipoglucémicos, bastante frecuentes sobre todo entre los insulín dependientes (Alberti, 1989), constituyen otra fuente de tensión para muchos diabéticos que puede provocar el denominado miedo a la hipoglucemia (Snoek, Scholtes y Heine, 1991). Entre los factores que intervienen en el desarrollo de este miedo destacan las consecuencias aversivas, físicas, cognitivas, motoras y sociales (Gonder-Frederick, Cox, Driesen y Clarke, 1992; Harris, Kaplan y Kolterman, 1987; Hinnen, Speelman, Hoffman, Conley y Knapp, 1986), que conllevan estos "bajones" de la glucosa en sangre, así como la experiencia previa o vicaria de estos episodios y la dificultad para diferenciar entre diferentes tipos de síntomas (Cox, Irvine, Gonder-Frederick, Nowacek y Butterfield, 1987). Otros estresores propios de la diabetes son la presencia de complicaciones (La Greca et al., 1991), la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras (Demas y Wylie-Rosett, 1990), los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados, etc.

### **Habilidad para enfrentarse a la enfermedad**

El Coping se define como una conducta o esfuerzo cognitivo usado en un intento por tratar con un evento estresante y puede tener diferentes estilos dependiendo de la



personalidad. Estilos positivos como el de afrontamiento optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico (Willoughby, 2000). Los de tipo evasivo, emotivo se han asociado con problemas en el ajuste psicológico, regímenes de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico (Grey y Col. 2004). La selección del tipo de enfrentamiento que el paciente selecciona va a depender de la intensidad y duración de la enfermedad y la interacción de otros factores como el apoyo social y de su propia experiencia personal, incluyendo factores emocionales y cognitivos (Coelho y Col. 2003).

Existen diferencias individuales en cuanto a la utilización de distintas estrategias de afrontamiento al estrés y, así mismo, algunas de estas estrategias son más efectivas que otras respecto a sus consecuencias sobre el estado de salud.

La gente que hace frente a sus problemas comiendo, fumando o bebiendo está empleando estrategias de afrontamiento con repercusiones negativas para su salud. En el caso de la diabetes, el uso de un determinado tipo de estrategia de afrontamiento del estrés puede impactar negativamente en un adecuado manejo de la enfermedad. Esto puede ser así, tanto si nos referimos a estrategias para afrontar estresores específicos de la diabetes, como a estrategias generales para hacer frente a dificultades no relacionadas con la enfermedad.

Se han identificado diferentes tipos de estrategias cognitivas y conductuales para manejar los problemas en general como culpar a otros, resignarse, buscar apoyo, buscar soluciones, etc., (Lazarus y Folkman, 1986).

Más específicamente, Billings y Moos (1981) (citado en Sherbourne, 1992) se refieren a los métodos para hacer frente a los problemas de salud: (1) estrategias activas (p.ej: hablar con un profesional, informarse sobre el problema, pensar acerca de lo que se necesita hacer con respecto al problema, hablar con un amigo o familiar, recordarse a sí mismo que las cosas podrían ir peor, hacer un plan de acción, (2) estrategias de evitación: sentirse mejor comiendo, fumando o bebiendo, esperar un milagro, pasar más tiempo sólo, dormir más de lo normal y (3) apartarse de la gente.

Los resultados de Hanson, Cigrang, Harris, Carle, Relyea y Burghen (1989) mostraron que el uso frecuente de estrategias de evitación, como por ejemplo, beber, fumar, usar drogas, echar la culpa a otros, evitar las situaciones o personas problemáticas, se relacionaba con la no adherencia al tratamiento entre insulín dependientes adolescentes. Según Hanson et al., (1989) quizá el uso de estrategias de evitación (p.ej: "intentar estar lejos de casa tanto como sea posible") conduce a minimizar o negar las conductas de adherencia al tratamiento necesarias. Por otra parte, la no adherencia permite al adolescente minimizar la enfermedad. Por ejemplo, si no analiza sus niveles de glucosa, puede no ser consciente de un nivel no adecuado de glucemia (p.ej: hiperglucemia) y así minimizar los problemas asociados al manejo de la diabetes.

Al mismo tiempo, la valoración y el afrontamiento de una enfermedad crónica como la diabetes puede resultar en formas de comportamiento que interfieren con las rutinas del tratamiento y, en última instancia, con el control de la diabetes. Según Carey et al., (1991) los individuos que valoraban negativamente su diabetes mostraban una menor adherencia al tratamiento

### **Negación de la enfermedad**

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad y depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Hernández, 1998). La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintos y la realidad externa (Garay, 1995). El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa.

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su salud y calidad de vida. Esta situación induce habilidades para enfrentar la enfermedad. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente. (Garay y Col. 1999).

## **Depresión y Ansiedad**

Se ha observado que la ansiedad y la depresión juegan un papel importante y complejo en la adaptación a la diabetes (Dantzer y Col. 2003), otro estudio nos habla que la interacción de diabetes tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico y que predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macrovasculares (Black y Col. 2003). La depresión se ha encontrado que implica significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes tipo 2 y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes (Kalsekar y Col. 2006).

En estudios se han encontrado que las mujeres postmenopáusicas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres pre menopáusicas y más aun que los hombres, además se ha encontrado que cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos los niveles de depresión son menores y la ansiedad es mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad (Aguilera Peña y Col. 2003).

Por ello es importante tomar en cuenta que el paciente con diabetes es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y es multifacética

## **4 EDAD ADULTA**

### **4.1 Edad media un constructo social**

El término mitad de la vida, apareció en el diccionario en 1985 (Lachman, 2004) cuando la esperanza de vida comenzó a ampliarse. En la actualidad, en las sociedades industriales. La adultez media se considera una etapa distinta de la vida, con sus normas y papeles sociales, oportunidades y dificultades.

La adultez media, en términos cronológicos, se define como la etapa entre los 40 y 65 años de edad. Con los avances en los ámbitos de la salud y duración de la vida se elevan los límites superiores subjetivos de la edad media (Lachman, 2004).

Según los datos del MIDUS (Midlife in the United States Study), la mayoría de las personas de edad media están en buenas forma física, cognoscitiva, y emocional y se sienten a gusto con la calidad de su vida (Fleeson, 2004). Sin embargo, la experiencia de la edad media varía con la salud, el género, la raza y la etnia, la posición socioeconómica, la cohorte y la cultura, así como la personalidad, el estado civil, la presencia de hijos y el empleo (Lachman, 2004).

Al mismo tiempo, los años de la edad media están marcados por crecientes diferencias entre los individuos y una multiplicidad de trayectorias vitales (Lachman, 2004). En esta edad, muchos adultos abrigan un estable sentimiento de control sobre su vida (Skaff, 2006) al tiempo que manejan sus pesadas responsabilidades y sus funciones múltiples y exigentes.

Lo que hagan las personas y cómo vivan está muy relacionado con la forma en que envejecen. La edad media puede ser una época, no de declive y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida.

#### **4.1.2 Desarrollo físico**

Las personas que desarrollan gran actividad desde edades tempranas cosechan los beneficios de tener más vigor y resiliencia después de los 60 (Spirduso y MacRae, 1990). Las personas que llevan una vida sedentaria pierden tono muscular y energía y cada vez se inclinan menos a ejercitarse. Con todo, nunca es tarde para adoptar un estilo de vida.

#### **Funcionamiento Sensorial y Psicomotriz**

Es común la pérdida de agudeza visual, la nitidez de la visión. Por obra de los cambios de la pupila, las personas de edad media llegan a necesitar un tercio más de brillantez para compensar la pérdida de luz que llega a la retina (Troll, 1985). La incidencia de la miopía (visión corta) también aumenta en la edad media (Merril, 1999).

Una pérdida gradual del oído, apenas advertida en años anteriores, se acentúa en los años 50 (Merril, 1999).

En general, la sensibilidad al gusto y al olfato comienzan a perderse a la mitad de la vida, cuando las papilas gustativas pierden sensibilidad y se reduce el número de células olfativas, los alimentos parecen más sosos (Troll, 1985).

La fuerza y coordinación declinan de manera gradual, hacia los 45 años se advierte alguna pérdida de fuerza muscular, la fuerza máxima se pierde a los 60 años.

Aunque pierden fuerza y coordinación, muchas personas de edad media descubren que la experiencia perfecciona su habilidad de aplicar estrategias, lo cual compensa los cambios de sus capacidades físicas.

Las articulaciones se endurecen debido a la acumulación de tensión, pero esto puede mejorar con ejercicios que amplían las variedades de movimientos y fortalecen los músculos que sostienen las articulaciones (Whitbourne, 2001).

En términos psicosociales, la adultez media alguna vez se consideró un período relativamente estable (Freud, 1942), creía que para esa edad la personalidad ya se había moldeado de manera permanente.

En contraste los teóricos humanistas como Abraham Maslow y Carl Rogers veían en la edad media una oportunidad de cambio positivo. De acuerdo con Maslow (1968), la plena realización del potencial humano, a la que llamo autorrealización, solo puede llevarse a cabo en la madurez Rogers (1961) sostenía que el funcionamiento humano pleno requiere un proceso constante y permanente de armonización del yo con la experiencia.

## **4.2 Salud física y mental**

A pesar de su salud por lo general buena, muchas personas a la mitad de la vida, sobre todo las de posición socioeconómica baja, tienen problemas crecientes de salud (Lachman, 2004). Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten fatiga y dolores ocasionales o crónicos.

Es más fácil que contraigan ciertas enfermedades, como hipertensión y diabetes, tardan más en recuperarse de enfermedades o agotamiento (Merril, 1999).

La prevalencia de la diabetes se duplico en la década de 1990(Weinstein, 2004). El tipo más común de diabetes, el de inicio en la madurez (tipo II), aparece después de los 30 años y su prevalencia aumenta junto con la edad.

Las personas con diabetes al inicio de la madurez no saben que la padecen hasta que sufren complicaciones graves, como ataque cardiaco, apoplejía, ceguera, enfermedad renal o pérdida de miembros (American Diabetes Asociation, 1992).

### **4.2.1 Tendencias de la salud a la mitad de la vida**

A pesar de su salud por lo general buena, muchas personas a la mitad de la vida, sobre todo las de posición socioeconómica baja, tienen problemas crecientes de salud (Lachman, 2004) o les preocupan los signos de un posible deterioro.

Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten fatiga y dolores ocasionales o crónicos. La prevalencia de las limitaciones físicas aumenta con la edad, de alrededor de 16% en las edades de 50 a 59 años, a casi 23% al final de los

sesenta; y este efecto es más marcado para los afroamericanos y las mujeres (Holmes, Powell-Griner, 2009). Es más fácil que contraigan ciertas enfermedades, como hipertensión y diabetes, tardan más en recuperarse de enfermedades o agotamiento (Merril y Verbrugue, 1999; Siegler, 1997).

La prevalencia de la **diabetes** se duplico en la década de 1990 (Weinstein, 2004). El tipo más común de diabetes, el de inicio en la madurez es el tipo II que aparece después de los 30 años y su prevalencia aumenta junto con la edad., en la diabetes al inicio de la madurez las concentraciones de glucosa suben porque las células pierden su capacidad para aprovechar la insulina que produce el organismo. Como resultado, el cuerpo trata de compensar y produce demasiada insulina. Las personas con diabetes al inicio de la madurez no saben que la padecen hasta que sufren complicaciones graves, como ataque cardíaco, apoplejía, ceguera, enfermedad renal o pérdida de miembros (American Diabetes Association, 1992).

## **Género y Salud**

A pesar de vivir más, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de tener mala o regular salud y acuden con mayor frecuencia a consulta médica. Es menos probable que los hombres busquen ayuda profesional para sus problemas de salud, pero pasan más tiempo hospitalizados y es más probable que sus problemas de salud pongan en peligro la vida (Spitzer, 1998).

De acuerdo con la encuesta MIDUS las mujeres de edad media refieren síntomas más específicos y padecimientos crónicos y los hombres tienen más probabilidades de manifestar problemas de alcohol y drogas (Cleary, Zaborsky, 2004).

Aunque las mujeres tiendan mas a buscar ayuda médica, esto no significa seriamente que su salud sea peor que la de los hombres ni que imaginen dolencias o se preocupen por enfermedades. Puede ser, en cambio, que tengan mayor conciencia acerca de la salud y por ello dediquen más esfuerzos a mantenerse sanas (Cleary, 2004). Los

hombres pueden pensar que admitir enfermedades no es masculino y que pedir ayuda equivale a una pérdida de control (Addis, 2003)

Las mujeres con sobrepeso , las que toman alcohol,, las que tuvieron menarquía precoz y menopausia tardía, las que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama, mientras que las que se ejercitan de manera moderada y comen poca grasa y mucha fibra, menos riesgo (Chapelton 2002). Cambios en el estilo de vida, como bajar de peso o dejar de fumar, junto con los fármacos necesarios para reducir el colesterol y la presión arterial, son iniciativas prudentes para prevenir la enfermedad cardíaca en las mujeres (Manson y Martin, 2001).

El estrés es el daño que ocurre cuando las exigencias que se perciben en el medioambiente, los estresores, exceden la capacidad de una persona de sobrellevarlos. Al comienzo de la edad media, las personas experimentan niveles de estrés más frecuentes y estresores de clases más diversas que los más jóvenes o ancianos.

La respuesta clásica al estrés (luchar o huir) podrá ser principalmente masculina, activada en parte por la testosterona. El patrón de respuesta de las mujeres es mas de cuidado y cordialidad, actividades afectivas para reforzar la seguridad, y de dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades. Estos patrones, activados por la oxitocina y otras hormonas reproductivas femeninas, evolucionaron quizá por selección natural y se alimentan de la dedicación de las mujeres a los apegos y los cuidados de los demás (Taylor, 2006).

#### **4.2.2 Influencias de la conducta en la salud**

Como en la adultez temprana la alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, así como la actividad física, influye en la salud en la edad media, y también después. Es por ello que quienes no fuman, hacen ejercicio, toman alcohol con moderación y comen muchas frutas y verduras corren cuatro veces menos riesgo de morir a la mitad de la vida y la vejez que las personas que no siguen estas conductas



(Khaw, 2008). En realidad, no solo viven mas sino que tienen menos periodos de discapacidad al final de la vida (Vita, Terry, Hubert y Fries, 1998).

La actividad física a la mitad de la vida aumenta las probabilidades de conservar la movilidad en la vejez (Patel, 2006) al evitar el aumento de peso (Lee y Sesso, 2010) y mantener la salud por más tiempo (Jackson y Blair, 2009).

En 1992, entre una muestra nacional representativa de 9824 adultos estadounidenses de 51 a 61 años, quienes practicaron ejercicio frecuente de moderado a vigoroso tuvieron alrededor de 35% menos probabilidades de morir en los siguientes ocho años que los que tenían estilos de vida sedentarios. Los que vivían con factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, diabetes, hipertensión y antecedentes de enfermedad de arteria coronaria, se beneficiaron más de la actividad física (Richardson y Haward, 2004). El deterioro en la salud cardiovascular es particularmente marcado después de los 45 años (Jackson, 2009).

Factores indirectos, como la posición socioeconómica, raza, etnia, y género también afectan la salud. Lo mismo pasa con las relaciones sociales (Singer y Palmersheim, 2004). Otro factor importantes el el estrés, cuyos efectos acumulados en la salud física y mental comienzan a aparecer en la edad media (Aldwin y Levenson, 2001).

Las personas de baja posición económica tienen emociones e ideas más negativas y viven en entornos más tensos (Gallo y Matthews, 2003), mientras que las de mejor posición socioeconómica poseen un mayor sentido de control sobre lo que les sucede a medida que envejecen; optan por estilos de vida más sanos y solicitan atención medica y apoyo social cuando lo necesitan (Lachman y Firth, 2004) y tienden a mostrar una mayor conformidad con las modificaciones de estilos de vida recomendados para mejorar su salud (Wrigh, Hirsch y Yang, 2009). Sin embargo, se observan amplias diferencias de salud entre individuos de baja posición socioeconómica. Entre las influencias protectoras se encuentran la calidad de las relaciones sociales y la religiosidad a partir de la niñez (Ryff, Singer y Palmersheim, 2004).

### **4.2.3 Emociones y salud**

Las emociones negativas, como ansiedad y desesperación, se relacionan con mala salud física y mental, y las positivas, como la esperanza, con la buena salud y larga vida (Ray, 2004).

El ánimo negativo parece que suprime el funcionamiento de este sistema y aumenta la susceptibilidad a enfermedades; los ánimos positivos mejoran el funcionamiento inmune (Salovey, 2000). Las emociones positivas protegen de la aparición de enfermedades.

Se ha relacionado al optimismo con disminuciones en el riesgo de enfermedad coronaria y mortalidad en mujeres postmenopáusicas, mientras que la hostilidad ha sido vinculada con el patrón opuesto (Tindle, 2009). Sin embargo falta dilucidar y someter a prueba los mecanismos básicos (Smith, 2006).

Los estresores cotidianos (irritaciones, frustraciones y sobrecargas pueden tener un efecto más grave que los cambios de vida, pero su acumulación también daña la salud y el ajuste emocional (Almeida, 2006).

De manera indirecta, el estrés puede dañar la salud, a través de otros estilos de vida. Las personas sometidas a estrés duermen menos, fuman y beben más, se alimentan mal y presentan poca atención a su salud (American Psychological Association, 2007). Ejercitarse a menudo, comer bien, dormir por lo menos siete horas y socializar con frecuencia se asocian con bajos niveles de estrés (Baum, 1995). Las personas que creen tener el control de su vida adoptan hábitos más sanos, se enferman menos y tienen mejor funcionamiento físico (Lachman y Fitch, 2004).

¿Cómo enfrentan las personas los sucesos traumáticos? Por sorprendente que parezca, el resultado más común es la resiliencia. Las personas resilientes que sufren una alteración de la vida normal se arreglan para seguir funcionando como siempre o

casi siempre. Las relaciones de apoyo, junto con la propia habilidad de la persona con flexibilidad y pragmatismo a las dificultades, contribuye a la resiliencia (Bonanno, 2005).

#### **4.2.4 Bienestar psicológico y salud mental positiva**

La salud mental no solo es la ausencia de enfermedad mental. La salud mental positiva involucra una sensación de bienestar psicológico que va de la mano con un sentido saludable del yo (Keyes y Shapiro, 2004). Este sentido subjetivo de bienestar, o felicidad, es la evaluación que hace la persona de su vida (Diener, 2000).

**Emocionalidad, personalidad y edad:** Muchos estudios entre ellos la encuestas MIDUS, han descubierto una disminución gradual promedio en las emociones negativas durante y después de la mitad de la vida, aunque en el estudio MIDUS, las mujeres de todas las edades notificaron ligeramente más emocionalidad negativa (como enojo, miedo y ansiedad) que los hombres (Mroczek, 2004). Las tendencias generales en la emocionalidad positiva y negativa parecen sugerir que a medida que la gente envejece por lo general ha aprendido a aceptar lo que viene (Carstensen, 2000).

Los adultos de edad media y los adultos tempranos que participaron en el estudio MIDUS mostraron mayor variación individual en la emocionalidad que los adultos mayores, sin embargo los factores que influían en la emocionalidad eran distintos. Sólo la salud física tenía un efecto consistente en la emocionalidad en adultos de todas las edades, pero otros dos factores (el estado civil, y la educación) tenían efectos significativos en la edad media. Las personas casadas tendían a manifestar en la mitad de la vida más emoción positiva y menos emoción negativa que las personas solteras. Las personas con educación superior notificaban más emoción positiva y menos emoción negativa, pero solo cuando se controlaba el estrés (Mroczek, 2004).

El apoyo social –amigos y conyuges- y la religiosidad contribuyen de manera importante a la satisfacción con la vida (Myers, 2000). Igual que ciertas dimensiones de la personalidad extroversión y escrupulosidad (Spiro, 2005). Quienes manifiestan malas

relaciones sociales y falta de un sentido de control tienden a indicar disminuciones en la satisfacción con la vida. Rocke y Lachman, 2008).

#### **4.3 Relaciones en la mitad de la vida**

En la actualidad es difícil generalizar acerca del significado de las relaciones en la edad media. Dicho periodo no sólo abarca un cuarto de siglo de desarrollo sino que también comprende una mayor multiplicidad de trayectorias de la vida (Brown, 2005). Sin embargo, para la mayoría de las personas de edad media, las relaciones con los demás son muy importantes, quizá de una manera diferente que antes.

Para la mayoría de los adultos de edad media, las relaciones son la llave más importante del bienestar (Markus, 2004), y pueden ser una fuente importante de salud y satisfacción (Lachman, 2004).

Sin embargo, las relaciones también generan exigencias estresantes (Lachman, 2004) que suelen ser más pesadas para las mujeres. El sentido de responsabilidad e interés por los otros puede dañar el bienestar de una mujer cuando los problemas o infortunios acosan a su pareja, a sus hijos, a sus padres, amigos o compañeros de trabajo. Este estrés vicario puede explicar por qué las mujeres de edad media son muy susceptibles a la depresión y a otros problemas de salud mental (Antonucci y Akiyama, 1997, S.P Thomas, 1997).

Por ello cuando se estudian las relaciones sociales de la mitad de la vida, es necesario tener en mente que sus efectos pueden ser positivos y negativos. En estudios transversales, las personas casadas parecen ser más sanas- a nivel físico y mental- en la edad media y por lo general viven más que las solteras, separadas o divorciadas (Brown, 2005).

La relación entre salud y matrimonio parece ser mediada por la función inmunológica. Estar en un buen matrimonio puede amortiguar los estresores de la vida de la persona que tienen en su pareja un amigo y confidente. Esto parece fortalecer el sistema inmunológico y, en esos casos, el matrimonio se relaciona con buena salud. Sin

embargo, estar en un mal matrimonio y experimentar niveles elevados de estrés y conflicto es un estresor que puede debilitar el funcionamiento del sistema inmunológico. Por consiguiente, no sorprende que el matrimonio puede relacionarse con la mala salud (Graham, 2006).

Tal como predice la Teoría de Carstensen, las redes sociales suelen reducirse e incrementar su nivel de intimidad en la mitad de la vida. Sin embargo, las amistades persisten y son una fuente importante de apoyo emocional y bienestar, en especial para las mujeres (Adams y Allan, 1998).

Las amistades suelen girar alrededor del trabajo y la crianza, otras se basan en los contactos en el vecindario. Sin embargo, en ocasiones las amistades en sí pueden ser estresantes. Con frecuencia, los conflictos con los amigos se concentran en diferencias de valores, creencias y estilos de vida; por lo regular, los amigos pueden resolver esos conflictos a la vez que mantienen la dignidad y el respeto mutuos (Hartup y Steven, 199).

En la actualidad, las familias son diversas y complejas. Cada vez son más los padres de edad media que tienen que lidiar con el hecho de que un hijo adulto siga viviendo en el hogar familiar o que lo deje sólo para regresar. Sin embargo, una cosa no ha cambiado; el bienestar de los padres suele depender de cómo les vaya a sus hijos (Allen, 2000).

Para algunas mujeres el nido vacío que es la fase de transición de la crianza que sigue a la partida del hogar del último hijo. (Gutman, 1987). Otro aspecto que puede ocurrir y de cierta manera crear tensión generacional en la familia, pues como el propio Aquilino (1990) menciona que la crianza prolongada, puede dar lugar a tensión intergeneracional cuando contradice las expectativas normativas de los padres y los hijos sigan viviendo en casa.

Salvo en los momentos de necesidad, los vínculos con la familia de origen – padres y hermanos-, suelen perder importancia durante la adultez temprana, cuando toman precedencia el trabajo, el conyugue o la pareja y los hijos. En la mitad de la vida, esos primeros vínculos de parentesco pueden reafirmarse de una nueva manera, a medida que la responsabilidad de cuidar y sostener a los padres ancianos empieza a cambiar la vida de los hijos de edad media. Además, en este periodo suele comenzar una nueva relación: convertirse en abuelos.

Aunque no vivan cerca uno del otro, la mayoría de los hijos de edad media y sus padres tienen relaciones calidas y afectuosas que se basan en el contacto frecuente la ayuda mutua, los sentimientos de apego y los valores compartidos. Las hijas y las madres mayores suelen ser en especial cercanas (Bengston, 2001). Las relaciones positivas con los padres contribuyen a lograr un sentido fuerte del yo y al bienestar emocional en la mitad de la vida (Blieszner y Roberto, 2006).

En la adultez se da el fenómeno conocido como generación sándwich en donde los miembros de esta generación que está en el medio, pueden verse atrapados entre esas necesidades en competencia y sus limitados recursos de tiempo, dinero y energía. Además, un hijo de edad media, que tal vez se prepara para el retiro, con dificultad puede permitirse los costos adicionales de cuidar a un anciano delicado o puede tener sus propios problemas de salud (Kinsella y Velkoff, 2001).

Como se ha venido abordando en este capítulo las relaciones en la edad adulta son muy importantes entre padres de igual manera lo es la relación con los hermanos pues los vínculos entre los hermanos son las relaciones más duraderas en la vida de la mayoría de la gente. Las relaciones con los hermanos que permanecen en contacto pueden ser fundamentales para el bienestar psicológico en la mitad de la vida (Spiyze, 2006).

El cuidado de los padres ancianos puede acercar más a los hermanos pero también puede causar resentimiento y conflicto (Antonucci, 2000).

## **MÉTODO**

### **Objetivo General**

Relacionar resiliencia y estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta médica.

### **Objetivos Específicos**

- Describir el nivel de resiliencia en adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta médica.
- Identificar los estilos de afrontamiento que utilizan los adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta médica.

### **Planteamiento del problema**

En los últimos años el término resiliencia ha tenido un gran auge en las ciencias de la investigación, de manera general se ha buscado a lo largo de las investigaciones que se han realizado y las que posiblemente se harán en un futuro evidenciar la capacidad del ser humano para resistir y superar las adversidades para desarrollarse con integridad, a pesar de haber sufrido experiencias no placenteras (Bonnano, 2004; citado en González y Valdez, 2011).

Al respecto Rutter (1993), menciona que el interés por estudiar la resiliencia provenía de tres áreas de investigación. En primer lugar, los estudios iniciados por Koupernick y Anthony (1999) sobre los factores de riesgo en la década de 1970 evidenciaron las diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad. En Segundo lugar, la consideración de los mecanismos innatos y adquiridos en los procesos de vulnerabilidad e invulnerabilidad pusieron a los estudios sobre el temperamento en el centro de interés (Thomas y Ches, 1970). En tercer lugar, las diferencias individuales en la manera de evolucionar y enfrentarse a situaciones difíciles.

Así el término resiliencia, fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993). La resiliencia, en las Ciencias Sociales, apuntó a designar una capacidad humana que permite a las

personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino transformados por la experiencia. Pensando en términos dinámicos, puede decirse que resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).

Por otro lado Vanistendael, (1995) distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.

Por el contrario Galende (2004): concibe a la capacidad resiliente como un fenómeno subjetivo no consiste en un sujeto que posee previamente esa capacidad para atravesar las adversidades de la vida, son estas mismas circunstancias adversas las que producen en él condiciones subjetivas creadoras, que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive, y transformarla o transformarse. Coincidiendo con Galende, Cyrulnik (2004) agrega que la resiliencia es algo adquirido, que varía conforme va desarrollándose la existencia del individuo e implica un proyecto de vida que se precisa individualmente para seguir adelante.

Ante la diversidad de definiciones, resulta difícil pensar en una sola concepción de resiliencia, por lo que, partiendo de la consideración de que esta se sustenta en la interacción entre el individuo y el entorno, en esta investigación se retoma la definición de González-Arratia, (2007) quien la define como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y los propios de su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Un elemento relacionado con la capacidad de resiliencia es el afrontamiento que se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández y Díaz, 2001; Pearlin y Schooler, 1978).



Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, conciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycok, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 1986). En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (Caballo, 1998).

En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001).

Por lo que con las definiciones anteriores se entiende a la resiliencia y el estilo de afrontamiento como elementos que implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. Al respecto se puede considerar que una enfermedad puede constituir un evento estresante, tal es el caso de la diabetes que de acuerdo a Gallar (2006) es una enfermedad que se produce como consecuencia de un mal funcionamiento del metabolismo o de los hidratos de carbono, básicamente debido a una insuficiente producción de insulina o a una resistencia a la acción de la insulina.

Y si bien la diabetes es considerada como un padecimiento de índole biológico no se debe olvidar como afirma Ribes el individuo a través de su comportamiento es el actor o protagonista de la misma, no sólo porque es quien la sufre o vive, sino porque es quien puede controlarla a través de su conducta (Ribes, 1984).

Por ello el ser diagnosticado con diabetes conlleva una serie de cambios en el estilo de vida del paciente y de la misma familia por esto es considerada una situación adversa puesto que los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida, experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad así como cambios psicosociales, efectos sobre el autoconcepto y confianza en sí mismo (Lubkin, 1998). Por lo que a postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente, influyendo en este caso la manera es que el paciente perciba la situación, y de esta manera el cómo afronta dicha situación ante el padecimiento de una manera positiva o negativa para continuar y seguir su tratamiento médico para atenuar o minimizar los padecimientos tanto físicos como psicológicos que conlleva una enfermedad crónica como lo es la Diabetes.

Por ello se hace relevante investigar acerca de esta relación entre resiliencia y el empleo de estilos de afrontamiento en adultos que padecen diabetes tipo II. De tal forma que la presente investigación pretendió responder a las interrogantes:

- ¿Qué relación existe entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en adultos que padecen Diabetes?
- ¿Cuál es el nivel de resiliencia en el adulto con diabetes tipo II?
- ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II?

### **Planteamiento de hipótesis**

**Hipótesis nula:** Si existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II.

**Hipótesis alterna:** No existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II.

## **Tipo de estudio o investigación**

La presente investigación es de tipo correlacional puesto que el propósito es medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables; mide las dos o más variables supuestamente relacionadas- o no- en los mismos sujetos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Este estudio es de este tipo ya que el objetivo es medir el grado de relación que existe entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en un grupo de adultos con diabetes. Medirá la resiliencia y los estilos de afrontamiento de cada uno y después se analizará si los adultos con diabetes con mayor resiliencia utilizan o no un adecuado estilo de afrontamiento.

## **Definición de variables**

### **V1 RESILIENCIA**

**Definición Conceptual:** Resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y los propios de su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. (González-Arratia, (2011).

**Definición Operacional:** La variable se midió a través de el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) desarrollado por González-Arratia y Valdez Medina (2005), que consta de 44 reactivos, con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 a 100% para cada reactivo. Consta de 5 factores (seguridad personal, autoestima, afiliación, altruismo y familia).

### **V2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

**Definición Conceptual:** Los estilos de afrontamiento se refieren a las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes y son los responsables de las preferencias individuales en el uso del tipo de estilos de afrontamiento. Lazarus y Folkman(1984; citado en Fernandez- Abascal y Palmero, 1999).

**Definición Operacional:** La variable se midió de acuerdo al cuestionario de estilos de afrontamiento (Coping); adaptado de Billings A.G y Moos R.H (1981). Modificado y adaptado por Valderrama y Domínguez, (1992). La cual consta de 21 reactivos en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3), distribuidos en 7 factores de estilos de afrontamiento (afrontamiento basado en el análisis lógico, afrontamiento basado en el apoyo social, afrontamiento basado en la preocupación, afrontamiento basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas, afrontamiento basado en incremento de conducta motora, afrontamiento dirigido a resolver el problema apoyado en el aprendizaje, y el afrontamiento basado en la regulación afectiva). Cada una de estas escalas está conformada por 4 reactivos.

### **Definición de Universo de estudio y en su caso**

#### **Definición de muestra tipo, tamaño, y obtención**

Cabe mencionar que la definición de población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Selltiz, 1974, citado en Hernández 2003:119), y en este caso, la población a estudiar son los pacientes de la unidad médica ISSEMYN Alfredo del Mazo de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

“Una muestra es un subgrupo de la población, y para seleccionar una muestra deben delimitarse las características de la población” (Sudman, 1976, citado en Hernández 2003:28).

El muestreo es de tipo “no probabilístico intencional”, en el cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos (Hernández, Fernández, Baptista 2003:84).

Puesto que en este caso se empleo este tipo de muestreo porque se selecciono únicamente a los pacientes adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta externa en un hospital público entre el mes de marzo y abril del 2014.

Hernández, Fernández, Baptista (2003:52) señalan la desventaja de que en las muestras no probabilísticas “los datos no pueden generalizarse a una población”.

Lo cual limita el valor de esta a los grupos específicos seleccionados, aspectos que no contradice los objetivos de este estudio. Y tomando en cuenta que; “La ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas.

## **Selección, adaptación y/o diseño del instrumento**

**1.Cuestionario de Resiliencia** (*Fuerza y Seguridad Personal*) desarrollado por González-Arratia y Valdez Medina (2008), que consta de 44 reactivos, con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 a 100% para cada reactivo. El instrumento permite explicar 49.48% de la varianza, con alfa de Cronbach de .9065. Fue validada por Villegas y Zamudio (2006) con adolescentes yucatecos, obteniéndose un coeficiente alfa de 0.92. Para su interpretación se consideran 3 niveles: 0 a 30 baja resiliencia 40 a 70 moderada y de 80 a 100 alta resiliencia. En los 44 reactivos dividido en 6 dimensiones:

- 1) Seguridad personal. Indica juicios acerca de si mismo, sobre la capacidad que tiene el individuo para la solución de problemas y genera confianza y sentido de competencia. (Consta de 14 reactivos y un Alpha =0.810).
- 2) Autoestima. Percepción de sí mismo de aceptación y aprecio. (Consta de 12 reactivos y un Alpha =0.822).
- 3) Afiliación. La percepción que tiene el individuo que cuenta con redes de apoyo, genera un sentimiento de pertenencia, vínculos significativos con los que cuenta para enfrentar una situación de adversidad. (Consta de 5 reactivos y Alpha= 0.816).
- 4) Altruismo. Se refiere a juicios generales acerca de la capacidad de proveer ayuda a otros. (Consta de 4 reactivos y un Alpha=0.520).
- 5) Familia. Elemento protector que se constituye de vínculos afectivos que le ofrecen seguridad, estabilidad y apoyo proporcionado por al menos un adulto significativo (Consta de 4 Reactivos y una Alpha = 0.656).

**2. El cuestionario de afrontamiento Coping** Billings y Moos, (1981), adaptado por Valderrama y Domínguez, (1992). Fue construida basándose en dos modelos teóricos: el de Richard Lazarus y el modelo de autorregulación conductual de Bandura.

Según los autores, esta escala pretende abarcar áreas de afrontamiento que no se consideraron en el Inventario de Tipos de Afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman en 1980. Este instrumento fue adaptado por Valderrama y Dominguez (1992; en México).

Está constituido por 21 ítems en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3), distribuidos en siete factores que corresponden a estilos de afrontamiento.

*Factor 1:* Afrontamiento basado en el análisis lógico. Este factor se refiere a intentos para manejar una valoración altamente estresante de un suceso. Proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor organizando y planificando estrategias de acción, premeditando qué escoger y estableciendo cuál será la mejor estrategia para manejar el problema. Consta de 5 reactivos (1, 2, 4, 5 y 9). Agrupando estilos de afrontamientos positivos y funcionales, basados en una carga emocional positiva e involucrando intentos para resolver el problema predominante y en menor grado la emoción.

*Factor 2:* Afrontamiento basado en el apoyo social. En donde las respuestas cognitivas o conductuales de quien la primera función es manejar las consecuencias emocionales del estresor y le ayudan a mantener su equilibrio emocional. Significa buscar en las otras personas consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema. Así como búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa. Este factor, consta de 3 reactivos los cuales son: 10,11 y 19.

*Factor 3:* Afrontamiento basado en la preocupación. Se encuentra compuesto por 5 reactivos (3, 8, 13, 14 y 21), de los cuales 3 reactivos se encuentran ubicados en un método de afrontamiento evitativo, los cuales se refieren a intentos para evitar

confrontarse con el problema o que indirectamente reducen la tensión por conductas o pensamientos.

*Factor 4:* Afrontamiento basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas, El cual se integra por 3 reactivos (16, 18, y 15), en este factor se ubica uno de los reactivos que se aumenta en el cuestionario validado, el reactivo 18 (Tratar de bajar la tensión bebiendo), estos reactivos (16 y 15) se ubican dentro de un método de afrontamiento evitativo y enfocado a resolver la emoción, lo cual es congruente ya que los estilos de afrontamiento tratan de disminuir el trastorno emocional que provoca un estresor a través de una conducta adictiva que evita confrontarse en el problema.

*Factor 5:* Afrontamiento basado en incremento de conducta motora. Compuesto por 2 reactivos. (12 y 17). Dentro de este factor se encuentra el otro reactivo que se aumenta, el numero 17(tratar de bajar la tensión jugando), de acuerdo a su método de conducta activa y el enfoque de resolver el problema es congruente que se encuentre este reactivo. Consiste en realizar conductas motoras orientadas a incrementar los esfuerzos con el fin de distanciar o evitar el estresor, o minimizar sus efectos negativos.

*Factor 6:* Afrontamiento dirigido a resolver el problema apoyado en el aprendizaje. Se compone de dos reactivos (6, 7), los cuales están dentro del afrontamiento para resolver el problema, siendo su método el afrontamiento de cognición activa y de conducta activa respectivamente. Y el aprendizaje es fundamental en este factor para poder enfrentar el problema. Estilo en el que el individuo evalúa el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante en sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa, y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

*Factor 7:* Afrontamiento basado en la regulación afectiva. Compuesto por dos factores (19 y 20), los dos pertenecen a un método de afrontamiento evitativo y el haber sido nombrado de esta forma concuerda con su método. Estos estilos de afrontamiento indican acciones de reservar los sentimientos (no comunicarlos y evitar afrontar el

problema a través de llenarse de trabajo para dejar la mente fuera del problema). Ocurre cuando el individuo permite que una amplia diversidad de actividades lo distraiga de su evaluación de los aspectos conductuales del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

Cada una de estas escalas está conformada por 3 ítems. Que va de 1= poco, 2=medianamente y 3=mucho que permite determinar qué estilos de afrontamiento son los más utilizados.

Los autores de la prueba validaron este instrumento a través de la validez de constructo, para ello sometieron las respuestas obtenidas a un análisis factorial de rotación oblicua obteniendo 7 factores con puntuaciones mayores a 1.0, La composición de los 7 factores.

Se obtuvo la validez ítem/test de las escalas del COPE a través del análisis de correlación ítem/test, el cual exigió una correlación superior a  $r = .20$  para que el ítem fuese aceptado como válido y discriminativo (Kline, 1993). Posteriormente se obtuvo la mediana de la correlación ítem/test. La confiabilidad de las mediciones por escala, se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, que se consideró significativo cuando era igual o mayor a .60.

Al realizarse un análisis factorial exploratorio, se obtuvo una varianza explicada de 45.01% de validez de la muestra, con el cual del total de 21 reactivos y 8 factores del instrumento original, y tras este análisis el instrumento aplicado para la presente muestra quedo con un total de 17 reactivos y 4 factores (estilo de afrontamiento basado en el apoyo social, estilo de afrontamiento basado en el aprendizaje, estilo de afrontamiento basado en la preocupación y estilo de afrontamiento orientado a resolver la emoción a través de conductas adictivas).



## **Diseño de la investigación**

Para la presente investigación se utilizó el diseño de un grupo, con una sola aplicación.

Dicho diseño se llevó a cabo a través de los siguientes pasos:

- 1) Elección del tema
- 2) Elaboración del método de investigación
- 3) Estructura del marco teórico
- 4) Elección del instrumento y de la muestra
- 5) Aplicación del instrumento
- 6) Elaboración de la base de datos
- 7) Análisis de los resultados
- 8) Conclusiones
- 9) Presentación del borrador de tesis

## **Especificación de la captura de información**

- 1) Se solicitó permiso para la aplicación de los instrumentos,
- 2) Se realizó la presentación ante los pacientes de consulta externa de la unidad médica, expresando el objetivo de la investigación.
- 3) Se proporcionó explicación a los pacientes para contestar los instrumentos,
- 4) Se recogieron los cuestionarios para calificarlos.
- 5) Se elaboró la base de datos y se realizara el análisis de los mismos.

## **Procesamiento de la información**

En la presente investigación se trabajó con el programa SPSS, haciendo uso de la estadística descriptiva para el procesamiento de la información, para obtener frecuencias, porcentajes, y desviación estándar. También se utilizó la correlación de Pearson, puesto que de acuerdo a Sampiere (1986), es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. En este caso se utilizó para identificar si hay relación entre las variables; resiliencia y estilos de afrontamiento y se trabajó con un nivel de significancia de 0.05.

## RESULTADOS

Esta tabla presenta las características del grupo que se investigó, el cual en su mayoría fueron mujeres con edades entre 55 y 63 años, casadas, (Tabla 1).

**Tabla 1. Características de la muestra**

	FRECUENCIA		PORCENTAJE
<b>GÉNERO</b>	<b>Femenino</b>	36	60 %
	<b>Masculino</b>	24	40%
<b>EDAD</b>	<b>45-53</b>	25	41.6%
	<b>55-63</b>	30	51.6%
	<b>64-71</b>	5	6.6%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Casado</b>	39	65%
	<b>Divorciado</b>	13	21.7%
	<b>Viudo</b>	8	13%

La tabla 2; muestra la comparación de los factores de resiliencia y los estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II por grupo de edad.

En ella se tiene que existen diferencias estadísticamente significativas puesto que el mayor número de factores con puntuación alta en cuanto a resiliencia lo obtuvo el grupo de 64 a 71 años de edad, en los factores afiliación, altruismo y familia. Mientras que el grupo de 55 a 63 años tiene la puntuación más alta en el factor autoestima, y el grupo que comprende la edad de 45 a 54 años presento puntuaciones altas en el factor Seguridad personal.

En cuanto a la variable Estilos de Afrontamiento el grupo de edad de 64 a 71 años es quien puntuó las medias más altas en los estilos de afrontamiento basado en el apoyo social y aprendizaje, es decir utilizando dos de los estilos de afrontamiento más positivos, y el otro estilo negativo y evitativo el estilo de afrontamiento basado en la preocupación. Mientras el grupo de 55 a 63 años utiliza el estilo de afrontamiento resolviendo la emoción a través de conductas adictivas, es decir con un estilo de

afrontamiento evitativo y negativo. Existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad.

**Tabla 2. Factores de resiliencia y Estilos de Afrontamiento por edad**

		45-54 años		55-63 años		64-71 años	
	Dimensión	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Resiliencia	Seguridad personal	<b>7.5543</b>	.79973	7.4571	1.07341	7.4881	.93688
	Autoestima	7.4667	.66406	<b>7.6222</b>	1.04582	7.6028	.899350
	Afiliación	6.7200	.96090	7.1467	1.49199	<b>9.0400</b>	.79246
	Altruismo	7.1300	1.00031	7.5750	.97634	<b>7.9000</b>	1.09829
	Familia	6.6700	1.41370	7.2250	1.44489	<b>7.7000</b>	2.81403
	Baja autoestima	<b>6.5280</b>	1.10887	5.7200	1.89489	6.4400	2.37655
Estilos de afrontamiento	E.A basado en el Apoyo Social	1.6750	.36084	1.8292	.37641	<b>2.0250</b>	.40889
	E.A basado en el aprendizaje	2.5200	.49141	2.2222	.66282	<b>2.5333</b>	.50553
	E.A basado en la preocupación	2.1600	.49413	2.0500	.48423	<b>2.2000</b>	.54199
	E.A basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas	1.4400	.30000	<b>1.7889</b>	.53594	1.5333	.69121

La Tabla 3, muestra la comparación de los factores de resiliencia y de los estilos de afrontamiento en adultos con Diabetes tipo II por estado civil.

En cuanto a resiliencia se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas, puesto que en las puntuaciones más altas se encuentran en los factores seguridad personal, autoestima, y altruismo la obtuvieron los viudos, y los casados obtuvieron la media más alta en los factores afiliación y familia. Mientras que los divorciados obtuvieron un mayor puntaje en el factor baja autoestima.

En cuanto a la variable Estilos de Afrontamiento los viudos son lo que obtuvieron un estilo de afrontamiento positivo, pues obtuvieron las medias más altas en los estilos de afrontamiento basado en el apoyo social y el aprendizaje, pero de igual forma uno negativo que corresponde al estilo de afrontamiento basado en la preocupación. Mientras los casados son lo que tienden a utilizar un estilo de afrontamiento negativo, el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas.

**Tabla 3. Factores de Resiliencia y Estilos de Afrontamiento por Estado Civil**

		Casado		Divorciado		Viudo	
	Dimensión	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Resiliencia	Seguridad personal	7.5128	.93230	7.2582	.98869	<b>7.7411</b>	.91069
	Autoestima	7.5983	.90359	7.5000	1.00347	<b>7.7917</b>	.71409
	Afiliación	<b>7.2615</b>	1.40237	6.7077	1.31051	7.1500	1.38048
	Altruismo	7.5833	1.00547	6.7885	1.00440	<b>7.6250</b>	.69437
	Familia	<b>7.1731</b>	1.50017	6.7115	1.57403	6.8750	2.04416
	Baja autoestima	5.9590	1.51774	<b>7.5750</b>	2.09223	5.6923	.87137
Estilos de afrontamiento	E.A basado en el Apoyo Social	1.8045	.39298	1.6923	.34842	<b>1.8125</b>	.39528
	E.A basado en el aprendizaje	2.3077	.58930	2.4615	.71412	<b>2.5417</b>	.39591
	E.A basado en la preocupación	2.0385	.39544	<b>2.2500</b>	.66927	2.2188	.55802
	E.A basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas	<b>1.6581</b>	.43587	1.6410	.61556	1.4167	.52705

La tabla 4; señala la comparación de los factores resiliencia y estilos de afrontamiento en adultos con diabetes por género. La tabla indica que de la muestra seleccionada las mujeres poseen mayores puntuaciones de resiliencia en los factores: seguridad personal, afiliación, altruismo y familia., mientras que los hombres obtuvieron puntuaciones altas en el factor autoestima, por lo existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estado civil.

En cuanto a Estilos de Afrontamiento las mujeres utilizan el estilo de afrontamiento basado en el apoyo, en el aprendizaje, pero también en la preocupación, mientras que los hombres utilizan un estilo de afrontamiento negativo, el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas como son el beber, el fumar y el comer.

**Tabla 4. Factores de resiliencia y Estilos de Afrontamiento por Género**

		Hombre		Mujer	
Resiliencia	Dimensión	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
	Seguridad personal	7.3605	.91388	<b>7.6091</b>	.94506
	Autoestima	<b>7.6690</b>	.79646	7.5035	.95794
	Afiliación	6.8667	1.18199	<b>7.3000</b>	1.48170
	Altruismo	7.3646	.88151	<b>7.4514</b>	1.10165
	Familia	6.7500	1.52693	<b>7.2222</b>	1.60332
	Baja autoestima	5.8250	1.50860	<b>6.3111</b>	1.77245
Estilos de afrontamiento	E.A basado en el Apoyo Social	1.7500	.39356	<b>1.8021</b>	.37604
	E.A basado en el aprendizaje	2.3056	.58083	<b>2.4167</b>	.60880
	E.A basado en la preocupación	1.9688	.44424	<b>2.2014</b>	.49935
	E.A basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas	<b>1.7361</b>	.51993	1.5463	.45880

La tabla 5 presenta la relación de la resiliencia con los estilos de afrontamiento empleados, encontrando que existe relación positiva estadísticamente significativa en los factores resilientes de afiliación y altruismo con el estilo basado en el aprendizaje, el factor baja autoestima con los estilos basados en el aprendizaje y en el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas como son el comer, fumar, beber y consumo de drogas.

**Tabla 5. Relación de los factores de resiliencia con los factores de estilos de afrontamiento de adultos con diabetes tipo II**

Estilos de afrontamiento  Resiliencia		Afrontamiento basado en el apoyo social	Afrontamiento basado en el aprendizaje	Afrontamiento basado en la preocupación	Afrontamiento basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas
Seguridad personal	Correlación de r				
	Sig. (bilateral)				
Autoestima	Correlación de r				
	Sig. (bilateral)				
Afiliación	Correlación de r	r= 298.15			
	Sig. (bilateral)	p= .073			
Altruismo	Correlación de r	r= 243.84			
	Sig. (bilateral)	p= .029			
Familia	Correlación de r				
	Sig. (bilateral)				
Baja autoestima	Correlación de r		r= 208.05		r= 178.90
	Sig. (bilateral)		r= .040		p= .029

## DISCUSIÓN

La capacidad de ajuste personal y social a pesar de vivir en un contexto desfavorable y de haber tenido experiencias traumáticas es lo que define a la personalidad resiliente, implica la capacidad de resistir a las adversidades, el control sobre el propio curso de la vida, el optimismo y una visión positiva de la existencia (Scheier y Carver, 1992). Los estresores psicológicos o "factores de riesgo" son las experiencias que podrían provocar estrés agudo o crónico, una enfermedad crónica, como es el caso de la diabetes.

Con base en lo anterior y retomando de ello los objetivos de la investigación que fueron: describir el nivel de resiliencia en adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta médica e Identificar los estilos de afrontamiento que utilizan los adultos con diabetes tipo II que asisten a consulta médica, a través de los cuestionarios resiliencia y estilos de afrontamiento. Se tiene que en dicha investigación la muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres que padecen diabetes tipo II y que asisten a consulta. Esto se podría deber a que como lo menciona (Spitzer, 1998), las mujeres acuden con mayor frecuencia a consulta médica, pues es menos probable que los hombres busquen ayuda profesional para sus problemas de salud. Pues las mujeres tienen mayor conciencia acerca de la salud y por ello dedican más esfuerzos a mantenerse sanas (Cleary, 2004). Mientras los hombres pueden pensar que admitir enfermedades no es masculino y que pedir ayuda equivale a una pérdida de control (Addis, 2003).

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que los adultos engloban la resiliencia en 5 factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, altruismo y familia. Dichas dimensiones pueden corresponder a los modelos de resiliencia propuestos por Bernard (1991), Werner y Smith (1992).

Tales dimensiones permiten calificar a los individuos resilientes como firmes en sus propósitos, poseedores de una visión positiva del futuro, competencia personal, confianza en sí mismos, con control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas, todos los cuales son factores que facilitan la resiliencia (Bernar, 1991).

Se encontró en esta investigación que son las mujeres quienes poseen mayor capacidad de resiliencia ante factores y/o situaciones que les genera su enfermedad. Específicamente, la literatura respecto de la resiliencia reporta consistentemente que el hecho de ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo (Klotiarenco, Cáceres y Fontencilla, 1996; Prado y Del Águila, 2003 Vera, 2004).

Respecto a lo anterior, se tiene que ellas reflejan la dimensión seguridad personal de resiliencia, lo que indica que poseen una adecuada confianza y sentido de competencia para la solución de problemas (González-Arratia, y Valdez, 2008).

En cuanto a las diferencias por edad, se observó que el grupo de 64 y 71 años es quienes presentan mayor resiliencia, puntuando mejor en los factores afiliación, altruismo y familia. Al respecto Spirduso y MacRae, (1990), explican que las personas que desarrollan gran actividad desde edades tempranas cosechan los beneficios de tener más vigor y resiliencia después de los 60 años. De igual forma las tendencias generales en la emocionalidad positiva y negativa parecen sugerir que a medida que la gente envejece por lo general ha aprendido a aceptar lo que viene de manera más positiva (Carstensen, 2000).

El grupo de edad de 64 y 71 años reportaron el factor afiliación, el cual indica, que el individuo cuenta con redes de apoyo, genera un sentimiento de pertenencia y vínculos significativos para enfrentar una situación de adversidad. (González Arratia, Valdez Medina, 2008).

Al respecto se sabe que las relaciones de apoyo, junto con la propia habilidad de la persona con flexibilidad y pragmatismo contribuyen a la resiliencia. (Bonanno, 2005). Asimismo obtuvieron puntuaciones altas en el factor altruismo, que se refiere, a juicios generales acerca de la capacidad de proveer ayuda a los demás. (González-Arratia, y Valdez, 2008). Lo cual se explica en el término generatividad, que de acuerdo a Erikson, (1986), alude a la participación de proyectos comunitarios, sentimientos de autorrealización,



capacidad de liderazgo y el transmitir conocimientos a las demás generaciones y al enfrentamiento de desafíos.

De igual forma en este grupo se encontró que uno de los factores protectores que contribuyen a la resiliencia es la familia, que se constituye de vínculos afectivos que le ofrecen seguridad, estabilidad y apoyo proporcionado por al menos un adulto, (González-Arratia, y Valdez, 2008). Apoyando esto Munist Santos, Kotliarenco y Cols, (1998) Consideran que la familia es un factor protector externo o ambiental que promueven la resiliencia.

En tanto que los otros dos grupos solo poseen un factor de resiliencia, en el grupo de 44 y 55 años el factor referente a seguridad personal, que, indica juicios acerca de sí mismo, sobre la capacidad que tiene el individuo para la solución de problemas y genera confianza y sentido de competencia. (González-Arratia, y Valdez, 2008). Mientras el grupo de 55 y 63 años en el factor de resiliencia referente a autoestima, que hace referencia a la percepción de sí mismo de aceptación y aprecio, (González-Arratia, y Valdez, 2008).

En cuanto a las diferencias por estado civil se encontró que son los viudos quienes poseen mayor resiliencia, reportando los factores; seguridad personal, autoestima, y altruismo. Mientras los casados obtuvieron los factores afiliación y familia. En tanto que los divorciados obtuvieron un mayor puntaje en el factor baja autoestima. Con base a lo anterior Graham, (2006), menciona que estar en un mal matrimonio y experimentar niveles elevados de estrés y conflicto es un estresor que puede debilitar el funcionamiento inmunológico. Es por ello que una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias como factor de riesgo o de protección (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Rutter, 1985).

En base a lo anterior en la resiliencia existen factores protectores internos y externos. Dentro de los factores protectores internos es probable distinguir variables tales como; la autoestima, el locus de control, los estilos de afrontamiento y los hábitos de salud, que están presentes en las personas resilientes (Manciacux, 2003; Suarez , 1997; Wolin y Wolin, 1993).

Por ello en esta investigación se pretendió relacionar la resiliencia con los estilos de afrontamiento, encontrando que si existe una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y estilos de afrontamiento.

En cuanto a los estilos de afrontamiento se encontró que en cuanto a género, las mujeres poseen un estilo de afrontamiento más positivo, el estilo de afrontamiento basado en el aprendizaje, lo que indica que evalúan el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante en sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa, y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.(Valderrama y Domínguez, 1992).

En dicho estilo de afrontamiento se busca en las otras personas consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema, búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa, (Billings y Moos, 1981). Reafirmando lo anterior Taylor, (2006), menciona que, el patrón de respuesta de las mujeres es mas de cuidado y cordialidad, actividades afectivas para reforzar la seguridad, y de dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades.

Mientras que los hombres, poseen un estilo de afrontamiento negativo, basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas como son el beber, el fumar y el comer. Así se tiene que con ello estarían utilizando estrategias de evitación para sentirse mejor, esperar un milagro, pasar más tiempo sólo. (Lazarus y Folkman, 1986).

Con respecto a la variable edad, el grupo de 64 a 71 años reporto estilos de afrontamiento positivos, el estilo basado en el apoyo social y en el aprendizaje, lo cual indica que el individuo evalúa el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante en sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa, y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro, (Billings y Moos, 1981). Al respecto Vailant y Pfeifeer, (1997), mencionan que el afrontamiento se hace más efectivo y más realista con la edad, existiendo una menor dependencia de

los mecanismos inmaduros como la proyección y el acting out, un mayor uso de los mecanismos evolucionados como el altruismo, humor y supresión.

Por otra parte el grupo de 55 a 63 años refieren un estilo más evitativo y negativo, el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas, el cual hace hincapié en disminuir el trastorno emocional que provoca un estresor a través de una conducta adictiva que evita confrontarse en el problema, (Billings y Moos, 1981).

Sustentando lo anterior Wills y Hirki, (1996), refieren que el consumo de drogas representa una estrategia de evitación para regular los estados emocionales desagradables y olvidarse de los problemas.

En referencia a estado civil, se observó que son los viudos quienes obtuvieron un estilo de afrontamiento basado en el apoyo social y el aprendizaje. Lo cual indica que, buscan en las otras personas consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema, apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa, (Billings y Moos, 1981).

Por otro lado, los casados reportaron un estilo de afrontamiento negativo, el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas, lo que señala que tratan de disminuir el trastorno emocional que les provoca un estresor a través de una conducta adictiva evitando confrontarse al problema. (Billings y Moos, 1981). Por lo tanto dichos resultados difieren a la literatura encontrada, puesto que como menciona Mroczek, (2004), las personas casadas tienden a manifestar mejores estilos de afrontamiento, más positivos y menos evitativos que las personas solteras.

Por tanto el vivir bajo situaciones estresantes suele asociarse a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta, algunas personas incrementan el uso de drogas o alcohol. Este tipo de comportamiento podría referirse a estrategias de afrontamiento nocivas, ya que son modos empleados por el sujeto para reducir el estrés (Sandin, 1995; citado en Guerrero, 2003).

Con base a los resultados encontrados se observó que si existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo II, lo cual indica que se aceptó la hipótesis nula, puesto que existe relación en los factores afiliación y altruismo con el estilo de afrontamiento basado en el apoyo social. Al respecto Scheier y Carver, (1992), mencionan que la resiliencia se manifiesta en la valoración hacia las relaciones interpersonales, mediante la capacidad de servicio y entrega hacia los demás). Y el apoyo social constituye un importante recurso del afrontamiento positivo debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana.

De acuerdo a lo mencionado Lazarus y Folkman, (1986), el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo, y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento.

Asimismo en un estudio realizado por Garay y colaboradores, (1995), se encontró que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, llevando a un mejor control metabólico. Comparado con lo encontrado en la presente investigación se observó también que el apoyo social es primordial para una mayor resiliencia y el uso de un afrontamiento más positivo.

También se encontró que existe relación en la dimensión baja autoestima con el estilo de afrontamiento basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas. Al respecto Rosenberg, (1965), menciona la autoestima baja por lo implica auto-rechazo, auto-insatisfacción, auto-desprecio y en este sentido el individuo carece de estima hacia el mismo, lo que puede colocar al sujeto en vulnerabilidad de conductas riesgosas. Por lo que es congruente ya que los estilos de afrontamiento tratan de disminuir el trastorno emocional que provoca un estresor a través de una conducta adictiva que evita confrontarse en el problema, (Billings y Moos, 1981).

La gente que hace frente a sus problemas comiendo, fumando o bebiendo está empleando estrategias de afrontamiento con repercusiones negativas para su salud. Coelho, 2003).

Grey y col. (2004), indican que estilos positivos como el afrontamiento optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico y una mejor resiliencia. Por el contrario los de tipo evasivo, emotivo se han asociado con problemas en el ajuste psicológico, (Grey y Col. 2004).

En enfermedades crónicas como la diabetes la selección del tipo de afrontamiento que el paciente seleccione va a depender de la intensidad y duración de la enfermedad y la interacción de otros factores como el apoyo social y de su propia experiencia personal, incluyendo factores emocionales y cognitivos (Coelho y Col. 2003). Por lo que existen diferencias individuales en cuanto a la utilización de distintos estilos de afrontamiento al estrés y, así mismo, algunas de estas estrategias son más efectivas que otras respecto a sus consecuencias sobre el estado de salud.

En el caso de la diabetes, el uso de un determinado tipo de estilos de afrontamiento del estrés puede impactar negativamente en un adecuado manejo de la enfermedad. Esto puede ser así, tanto si nos referimos a estilos de afrontamientos ante estresores específicos de la diabetes. (Coelho y Col. 2003).

Al respecto Richardson y Poole, (2001), mencionan que el afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas. Por lo que sustentando lo anterior la resiliencia y el estilo de afrontamiento implican recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- En cuanto a género son las mujeres quienes poseen mayor nivel de resiliencia, principalmente en los factores de seguridad personal, afiliación, altruismo y familia. Mientras que los hombres utilizan el factor autoestima.
- Referente a estado civil, los viudos poseen mayor nivel de resiliencia, reportando seguridad personal, autoestima, altruismo y los que poseen menor resiliencia son los divorciados, destacándose el factor baja autoestima.
- En cuanto a edad, el grupo de 64 a 71 años es quien posee mayor nivel de resiliencia destacando en los factores; afiliación, altruismo y familia. En el grupo de 55 a 63 años en el factor autoestima, el grupo de 45 a 54 años en el factor Seguridad personal.
- En estilos de afrontamiento destacan las mujeres utilizando estilos positivos el basado en el apoyo, y en el aprendizaje, mientras que los hombres utilizan un estilo de afrontamiento negativo, basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas.
- Respecto a estado civil los viudos son lo que obtuvieron un estilo de afrontamiento positivo, basado en el apoyo social y el aprendizaje, mientras los casados son lo que tienden a utilizar un estilo de afrontamiento negativo, el basado en resolver la emoción a través de conductas adictivas.
- Referente a la edad el grupo de 64 a 71 años reportaron estilos de afrontamiento basado en el apoyo social y aprendizaje, Mientras el grupo de 55 a 63 años utiliza el estilo de afrontamiento resolviendo la emoción a través de conductas adictivas.

- Con respecto a la relación de resiliencia con los estilos de afrontamiento, se encontró que existe relación entre el estilo de afrontamiento basado en el aprendizaje con los factores de afiliación y altruismo.
- Existe relación entre el factor baja autoestima con el estilo de afrontamiento basado en conductas adictivas.

## **SUGERENCIAS**

- Con base en los resultados encontrados se considera conveniente aplicar el cuestionario VIA de fortalezas personales de Seligman, para identificar las principales fortalezas de cada uno de los adultos, para la realización de un programa en la promoción de resiliencia en adultos con diabetes, retomando como base la psicología positiva.
- Promover el desarrollo de la sabiduría mediante la experiencia para emprender proyectos a corto y largo plazo en los adultos con diabetes.
- Se considera conveniente continuar estudiando resiliencia y estilos de afrontamiento, en diferentes condiciones de la enfermedad, tales como: tiempo en el que se les diagnosticó la diabetes, edad, genero, edad, nivel socioeconómico y con una muestra de individuos mayor a la de este estudio.
  - Realizar conferencias a familiares cercanos a los adultos que padecen diabetes sobre la importancia de la resiliencia y su apoyo en el proceso de la enfermedad.
- Dar a conocer el modelo positivo de tratamiento a los médicos para abordar la enfermedad desde aspectos resilientes y factores protectores para promover los niveles de bienestar elevando las fortalezas de las personas ( Keyes y Lopez, 2002).

## REFERENCIAS

- Carey, M. P., Jorgensen, R. S., Weinstock, R. S., Sprafkin, R. P., Lantinga, L. J., Carnrike, C. L. M., Baker, M. T. y Meisler, A. W. (1991). Reliability and validity of the Appraisal of Diabetes Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 43-51
- Falcón Martínez M. G (1998) "Validación del constructo de la escala de estilos de afrontamiento Coping en estudiantes de la carrera de Psicología. Tesis para optar el grado de licenciada en psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- González Arratia, N. I. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores en situación de calle. *Psicología y Salud*, 22 (1), 49-62.
- González, A. N.I, Y Valdez, M. J. (2001). Resiliencia y Personalidad en Adultos. *Revista Electrónica de Psicología Ixtacala*.
- Garay Sevilla M. Nava L, Huerta R, Díaz de León. (1995) Adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con diabetes en Lerman Garber ed. 1ra. Ed. Mc Graw Hill
- Hernández E. Aspectos Psicosociales de la diabetes mellitus. (1998) En Lerman Garber (ed). Atención integral del paciente diabético 2da. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Procesos cognitivos y estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Morales C. H y Wetzell E. M. (2002) Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados, *Revista de Psicología de la PUCP (Pontificia Universidad Católica del Perú)* . Vol. XX, 1, 2002.
- Mendez Carrillo F, y Belendez Vazquez M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención, *Revistas Canales de psicología de la Universidad de Murcia*. Vol. X, 2, 1994.



- Papalia Diane E. y Feldman Duskin R., (2012) Desarrollo Humano, Ed. Mc Graw Hill, Duodécima edición, Mexico.
  
- Polaina L. A y Gil R. J. La Diabetes. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Ediciones Martínez Roca, S.A Libros Universitarios y Profesionales, Barcelona 2000.
  
- Rondón, B. J. (2011). Variables implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conductuales, investigaciones y hallazgos. (U. C. Venezuela, Ed.) Revista Electrónica de Psicología Ixtacala, 14 (2).
  
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R. y Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. Journal of Behavioral Medicine, 15(5), 447-468
  
- Vargas, M. J., y Villavicencio, E. J. (2001). Niveles de Resiliencia en pacientes recientemente amputados: consejos para fortalecerlos. Centro Regional de Investigación en Psicología, 5 (1), 13-20.
  
- Valdez, N. (1999). Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas. Tesis para optar el grado de licenciada en psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.